

É T U D E
SUR LES
POLYPES INTRA UTÉRINS

Considérés avant, pendant et après la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Jeudi 25 Juillet 1889, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL SALADIN

Né à Nancy, le 12 Janvier 1862

Examineurs : { MM. HERRGOTT, *Président*.
HEYDENREICH, professeur.
E. PARISOT, profes. adj.
REMY, agrégé.

NANCY

IMPRIMERIE DÉPARTEMENTALE. — P. BOUTILLOT

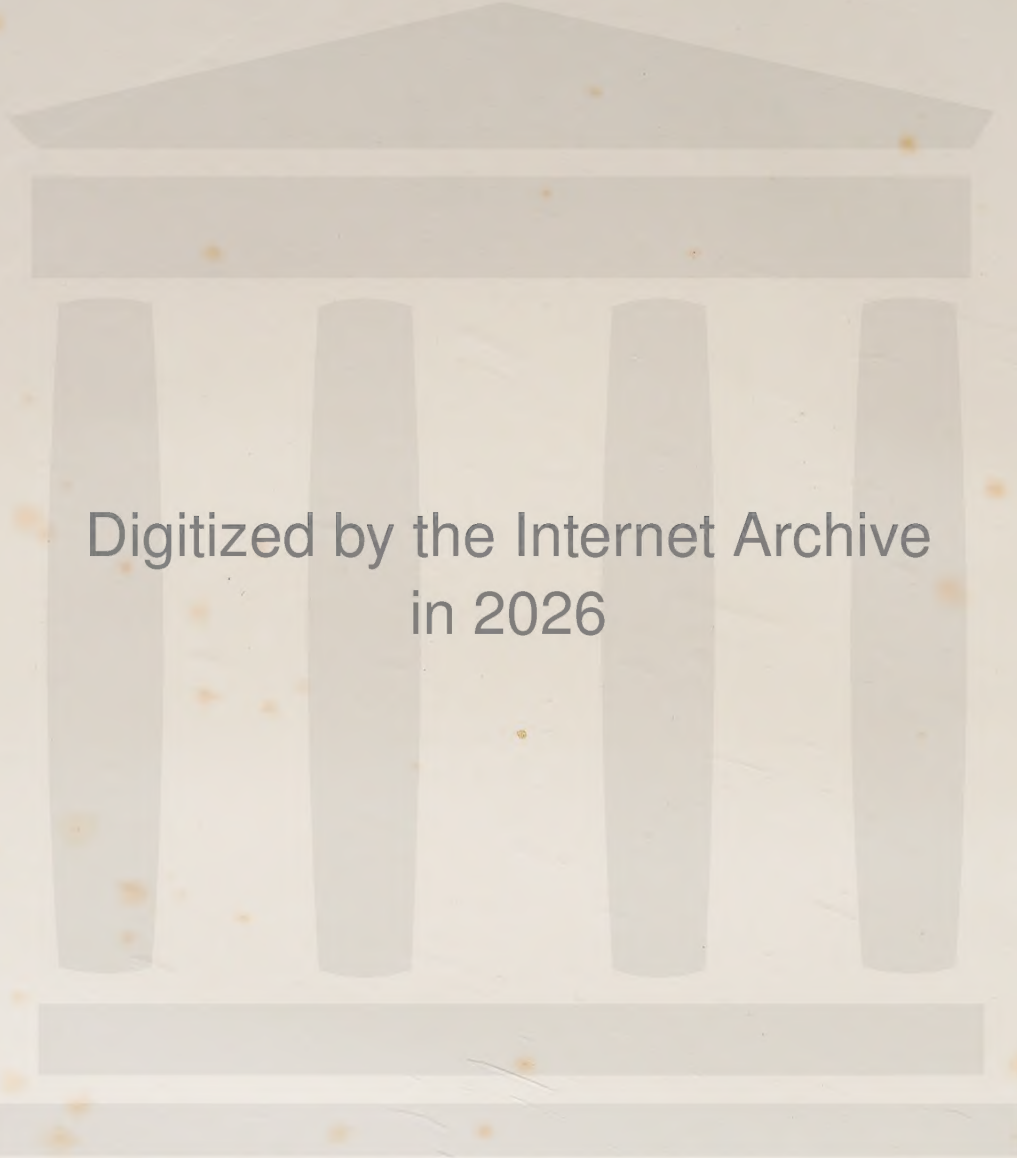
26, Rue Héré et Terrasse de la Pépinière.

1889

ETUDE

POLYPES INTRA-UTÉRINS

TREIZIÈME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0037

É T U D E
SUR LES
POLYPES INTRA UTÉRINS
Considérés avant, pendant et après la grossesse

THÈSE
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
Le Jeudi 25 Juillet 1889, à 3 heures
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
RAOUL SALADIN
Né à Nancy, le 12 Janvier 1862

Examineurs : { MM. HERRGOTT, *Président*.
HEYDENREICH, professeur.
E. PARISOT, profes. adj.
REMY, agrégé.

N A N C Y
IMPRIMERIE DÉPARTEMENTALE. — P. BOUTILLOT
26, Rue Héré et Terrasse de la Pépinière.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

V. PARISOT , I , HERRGOTT , I , ROUSSEL , I , DEMANGE , I , BÉCHET, I .

Matière médicale et Thérapeutique . . .	M. COZE  , I  , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT  , I  , professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS  , I  , professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques. .	M. FELTZ  , I  , professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, A  , professeur.
Hygiène.	M. POINCARÉ  , I  , professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.	M. HEYDENREICH, A  , professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, A  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, A  , professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et accouchements. .	{ M. A. HERRGOTT, A  , professeur.
	{ M. E. PARISOT, A  , professeur adjoint.
Médecine légale.	M. DEMANGE, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.	M. MACÉ, A  , professeur.
Histologie.	M. BARABAN, A  , agrégé, chargé du cours
Anatomie descriptive.	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards. . .	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SCHMITT, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants. . . .	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A  .	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A  .	RENÉ, A  .	REMY.
BARABAN, A  .	NICOLAS.	P. PARISOT.
BAGNÉRIS, A  .	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERGOTT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REMY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ADJOINT E. PARISOT

Témoignage respectueux de profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Les polypes intra utérins sont restés longtemps inconnus : leur situation profonde, leur apparition pour ainsi dire subite et leur disparition non moins rapide dans certains cas, enfin la connaissance incomplète de l'anatomie normale et pathologique en rendaient l'étude difficile. Si l'on y ajoute la pauvreté des moyens d'investigation, on comprendra facilement qu'avant le siècle dernier on ne puisse trouver sur ces tumeurs que des notions vagues et confuses. C'est Levret (1749) qui le premier, dans un mémoire resté célèbre, étudia d'une façon complète les polypes utérins et leur traitement (1). Ce mémoire fut suivi en 1771 d'un recueil d'observations sur la cure radicale des polypes de la matrice (2). Depuis cette époque, les travaux se sont multipliés avec Hunter, Bayle, Baudelocque, Lachapelle, etc., tant et si bien qu'aujourd'hui ils sont innombrables.

L'espace restreint dont nous disposons nous force à négliger l'étude historique de cette question, étude qui aurait cependant bien des attraits pour nous. On trouvera en note (3) les noms des auteurs qui selon nous ont traité

(1) Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, t. III, chap. 3.

(2) LEVRET. — *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice.* Paris, 1771.

(3) MONTEFUMAT. — *Etude sur les polypes de l'utérus.* Thèse de Paris, 1867.

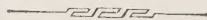
LAMBERT. — *Des grossesses compliquées de myômes utérins.* Thèse de Paris, 1870.

SEBILLEAU. — *Des corps fibreux de l'utérus et leurs rapports avec fécond., gross., accouch.* Thèse de Paris, 1873.

LEFOUR. — *Des fibrômes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse d'agrég., Paris, 1880.

CHAHBAZIAN. — *Des fibrômes du col utérin au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse de Paris, 1882.

de la façon la plus complète la partie historique du sujet. Pour nous, nous nous contenterons de placer à la fin de notre travail un index bibliographique des principaux auteurs qui se sont occupés de l'étude des polypes intra utérins pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.



PLAN

Nous avons divisé notre travail en six chapitres.

Dans le premier, après avoir donné quelques notions générales sur les polypes intra utérins à l'état de vacuité de l'utérus, nous étudierons les modifications que subissent ces tumeurs sous l'influence de la grossesse et de la puerpéralité.

Dans le second, nous dirons quelle est l'influence des polypes sur la fécondation et sur la marche de la grossesse.

Le troisième sera consacré à l'étude de l'influence des polypes intra utérins sur le travail et sur la délivrance.

Dans le quatrième, nous décrirons les accidents qu'ils peuvent produire pendant les suites de couches.

Le cinquième chapitre comprendra le diagnostic et le pronostic.

Enfin dans le sixième nous donnerons quelques indications sur la marche à suivre quand le diagnostic a été porté, et sur le traitement médical et chirurgical des polypes de la cavité utérine.

Mais avant d'entrer en matière, nous devons remercier M. le professeur Hergott, de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, et des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer, dans le courant de nos études et pendant la rédaction de ce travail.

Nous devons aussi exprimer notre gratitude à M. le professeur agrégé Remy, qui nous a fourni l'idée première de cette étude et a bien voulu venir en aide à notre inexpérience.

— x —

CHAPITRE PREMIER

I. — Etude anatomique et physiologique des polypes, avant, pendant et après la grossesse

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous semble bon tout d'abord de donner quelques explications sur le titre de notre travail.

Par polypes, nous entendons toute tumeur pédiculée de l'utérus quelle qu'en soit la nature, exceptés les cancers et les excroissances en forme de choux-fleurs. Telle est, en partie, la définition de R. Barnes (1). Voici celle de Sinéty (2) : « Les polypes de l'utérus sont des tumeurs dont le caractère primordial, quelle que soit, du reste, leur structure anatomique, consiste dans la présence d'un pédicule qui les relie à la face interne de l'organe. »

Il est donc bien entendu que nous n'étudierons que les tumeurs pédiculées, car, pour nous, une tumeur sessile ne peut être un polype. Il est vrai que certaines tumeurs sont fatalement destinées à se pédiculiser (les myômes et les fibrômes) : nous les étudierons, mais seulement à partir du moment où elles sont douées d'un pédicule long ou court, gros ou petit, peu importe (3).

Toute la surface de l'utérus peut donner naissance à des polypes, aussi bien la surface externe que la surface interne, aussi bien le col que le corps, et toutes ces tumeurs peuvent

(1) R. BARNES. — *Traité des maladies des femmes*. Trad. Cordes, Paris, 1876, p. 662.

(2) De SINÉTY. — *Manuel pratique de gynécologie*, Paris, 1879, p. 419.

(3) RINDFLEISCH. — *Traité d'Histol. path.* Trad. Gross et Schmitt, Paris, 1888, p. 143.

devenir, à un moment donné, des causes d'avortement, de dystocie ou d'accidents puerpéraux. Nous ne nous occupons que des tumeurs qui prennent naissance sur la surface interne de l'utérus, ou dans l'épaisseur de la paroi, qui proéminent dans sa cavité et qui tirent leur origine du corps de l'organe, c'est-à-dire de ses deux tiers supérieurs (1).

Ceci posé, examinons rapidement quelle est la structure anatomique de ces tumeurs que nous comprenons sous le terme général de polypes.

Nous distinguerons quatre variétés de polypes : les *polypes fibreux*, les *polypes muqueux*, les *polypes vasculaires* et les *polypes fibrineux*.

1° POLYPES FIBREUX (*myômes*, *léiomyômes*, *fibromes*, *fibromyômes*. — Les polypes que l'on rencontre le plus souvent dans l'intérieur de la matrice sont des myômes qui, prenant naissance dans la paroi de l'organe, sont devenus pédiculés et proéminent dans sa cavité. Leur tissu, en tout semblable au tissu utérin, est composé d'une masse de fibres musculaires lisses, très volumineuses, entremêlées d'une quantité, plus ou moins grande, de tissu fibreux. Ces fibres musculaires sont dirigées dans tous les sens et forment une tumeur plus ou moins volumineuse : on en a vu qui n'avaient que le volume d'un petit pois, d'autres, au contraire, atteignaient les dimensions d'une tête d'adulte. Dans l'intérieur du polype rampent quelques vaisseaux rares et à paroi minces. *Le pédicule* est formé parfois aux dépens de la substance même du polype qui, par son intermédiaire, reste en rapport avec l'intérieur de la paroi ; parfois, il se compose uniquement de la muqueuse formant une sorte de tube qui contient à son intérieur des vaisseaux à parois épaisses soutenus par une certaine quantité de tissu fibreux. La surface du polype est

(1) VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*. Trad. A. Rasohn, Paris, 1871, tome III, p. 355.

revêtue, ainsi que son pédicule, par la muqueuse du corps de l'utérus, conservant là tous ses caractères, mais contenant généralement des vaisseaux nombreux, variqueux, de diamètre considérable et à parois relativement très minces.

On peut rencontrer, mais le fait est rare, plusieurs de ces polypes dans un même utérus (1).

2^o POLYPES MUQUEUX. — Sous le nom de polypes muqueux, nous entendons étudier toutes les tumeurs pédiculées qui se produisent aux dépens de la muqueuse utérine. Ils sont formés par l'hypergénèse des éléments de cette membrane et surtout des follicules muqueux. Quelquefois très petits, plutôt sous-épidermiques que sous-muqueux, ils méritent bien le titre de polypes vésiculeux; d'autrefois ils sont produits par l'accumulation du mucus dans une glande dont l'orifice s'est oblitéré : ce sont alors de véritables kystes. Souvent le même phénomène se produit sur une surface plus ou moins grande de la muqueuse et l'on voit tout un groupe de ces tumeurs serrées les unes contre les autres, n'en formant plus qu'une grosse, composées d'une masse de plus petites (2).

3^o POLYPES VASCULAIRES. — Ces polypes sont, pour ainsi dire, composés uniquement de vaisseaux soutenus par une charpente fibreuse. Ils sont mous, fongueux, toujours saignants, d'une couleur rouge violacée, n'acquièrent jamais de grandes dimensions et peuvent être comparés à de véritables hémorroïdes (3).

(1) COURTY. — *Maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1885, p. 1090.

VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*. Trad. Aroussoin, Paris, 1871, tome III, p. 317.

FORGET. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1868.

DEMARQUAY et SAINT-VEL. — *Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 139.

(2) COURTY. — *Op. cit.*, p. 1126.

GAILLARD-THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. Lutaud, Paris, 1879, p. 476.

(3) COURTY. — *Op. cit.*, p. 1127.

4^o POLYPES FIBRINEUX. — Ces polypes, décrits pour la première fois par Velpeau (1), Kiwisch (2), auraient la constitution du caillot sanguin. Aran (3) les considère comme des œufs humains déchirés et remplis de sang par des hémorrhagies successives. « Pour d'autres, enfin (4), ces polypes « sont formés par des débris du placenta et des membranes qui, « faisant saillie dans la cavité utérine, forment une masse polypoïde (5). » Nous n'entrerons pas dans la discussion pour savoir quelle est, au juste, leur origine; nous nous contenterons de constater que dans certaines circonstances ils ont pu devenir une cause d'accidents puerpéraux (6).

Les polypes du fond de l'utérus, quelle qu'en soit, d'ailleurs, la constitution anatomique, se nourrissent, par l'intermédiaire de leur pédicule, aux dépens de l'organe dont ils sont devenus les annexes. Ils suivent donc nécessairement, mais plus ou moins, les différentes modifications qui se produisent en lui. En effet, sous l'influence de la turgescence périodique dans laquelle se trouve l'utérus au moment de la ponte ovulaire, nous les voyons se gorger de sucs, augmenter de volume, et devenir le siège d'hémorrhagies interstitielles et périphériques (7). Ce n'est pas à dire que ces phénomènes se présentent toujours et dans tous les cas, mais la science possède un grand nombre d'observations de polypes qui, invisibles pendant la période intercalaire, augmentaient de

(1) VELPEAU. — *Traité de médecine opératoire*, t. IV, p. 382, Paris, 1857.

(2) KIWISCH. — *Klinische Vorträge*, Prague, 1854.

(3) ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, Paris, 1858, p. 884.

(4) STADTFELD. — *Dublin quarterly Journal of medicine*, 1863.

(5) A FARRE. — *Todd's Cydop. of Anatomy*.

(6) ANNA KLASSON. — *In Annales de Gynécologie*, 1889, p. 105 et 191.

(7) GUÉNIOT, BLOT, DEPAUL, TARNIER. — *In Bulletin Soc. chirg.*, Paris, 1868 et 1869.

volume au moment des règles, apparaissaient au niveau du col et occupaient même le vagin (1).

Outre ces modifications physiologiques, les polypes en présentent d'autres véritablement pathologiques, car elles tendent à détruire leur intégrité et à produire des symptômes différents de ceux qui caractérisent généralement ces tumeurs. Nous voulons parler des altérations qui, sous différentes influences, se produisent dans les tissus de ces tumeurs. Nous exposerons ces faits très brièvement, car ils se trouvent décrits par tous les auteurs qui se sont occupés des tumeurs de la matrice (2).

Nous devons tout d'abord signaler la *suppuration*: le tissu myomateux, malgré l'interposition du tissu fibreux aux fibres musculaires, a, comme celui de l'utérus, peu de tendance à s'enflammer. Les polypes vasculaires, au contraire, sont très sujets à un travail inflammatoire qui aboutit à la suppuration. La *gangrène* peut se produire à la suite d'une inflammation violente, mais résulte plus souvent d'une striction opérée autour du pédicule par le col utérin, quand le corps du polype est descendu dans le vagin (3). On a également noté le *ramollissement partiel* qui produit dans la tumeur des vides remplis d'abord d'un liquide clair, par l'élimination duquel ils deviennent l'origine de ces cavités centrales que Cruveilhier a décrites sous le nom de géodes (4). Certains polypes, mais le fait est rare, *s'atrophient* en partie et deviennent durs et cartilagineux. Enfin, et heureusement le

(1) KINSBOURG. — Thèse de Nancy, 1885. — LARCHER. — *Archives générales de médecine*, 1867. — DEMARQUAY. — *In Annales de Gynécologie*, t. III, p. 245, 1875. THIRY. — *Presse médicale*, 1877.

(2) COURTY. — DE SINÉTY. — R. BARNES, etc. — *Op. cit. passim*.

(3) KATZ. — Thèse de Nancy, 1884.

(4) CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, tome III.

LEBLOND. — *Annales de Gynécologie*, 1874, vol. I, p. 135.

fait est exceptionnel chez les femmes avant la ménopause, on peut voir une véritable *pétrification* s'emparer des polypes. Nous décrirons tout à l'heure les diverses modifications que la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité impriment aux polypes.

Nous arrivons maintenant à parler de l'influence des polypes sur la vitalité de l'utérus. Cette question est des plus importantes, car sa solution seule peut nous indiquer par quel mécanisme se produit la stérilité chez les femmes qui en portent. Mais, tout d'abord, nous devons faire remarquer que la nature et le volume du polype n'influent guère sur l'intensité des accidents, principalement sur celle de l'hémorrhagie (1) : on possède, en effet, des observations de polypes gros comme des pois, ayant causé la mort de la femme par hémorrhagie et qui n'ont été diagnostiqués qu'à l'autopsie, et d'autres, aussi nombreuses, dans lesquelles on voit des polypes véritablement énormes ne gêner ni la fécondation, ni l'accouchement.

Le premier effet que produit un polype sur l'utérus qui le contient est d'en dilater, plus ou moins, la cavité. Cette dilatation ne se fait pas sans irriter la muqueuse utérine, et il en résulte généralement un écoulement muqueux plus ou moins abondant. L'irritation continuant, il se produit nécessairement une métrite, chronique d'emblée, la cause qui l'a produite subsistant toujours. Nous ne décrirons pas ici les symptômes, ni les lésions de la métrite chronique, elles sont trop connues pour que nous nous y arrêtions (2). Nous dirons seulement qu'elle est une des grandes causes de stérilité, et que plus on tarde à en supprimer la cause immédiate dans notre cas particulier, plus on aura de difficultés pour arriver à la guérison, tant des lésions locales que de l'état général.

(1) DEMARQUAY et SAINT-VEL — *Op. cit.*, p. 566-567.

GAILLARD-THOMAS. — *Op. cit.*, p. 235.

Quand le polype a acquis un certain volume et qu'il a eu le temps de produire une endométrite, les parois de l'organe s'enflamment et le ramollissent : il se produit alors une affection que l'on désigne sous le nom de *métrite parenchymateuse chronique*. Cette inflammation s'étend de proche en proche, par les trompes et par la paroi même de l'organe, aux ligaments qui servent à le suspendre dans le bassin. De plus, comme l'utérus irrité se contracte toujours et qu'il est sollicité par le poids de la tumeur à faire effort sur les ligaments, ceux-ci deviennent bientôt trop faibles pour le soutenir et pour le maintenir à sa place. Il se produit ainsi un *abaissement* plus ou moins considérable, une sorte de *prolapsus* qui n'est pas sans amener, à bref délai, toute une catégorie de symptômes morbides. Le prolapsus ne se produit que dans les cas de tumeurs volumineuses et d'un poids considérable ; c'est, en somme, un accident assez rare. Mais un accident, très fréquent et pour ainsi dire de règle, est une augmentation de l'antéversion naturelle de l'utérus et quelquefois une rétroversion de l'organe (1).

D'autres fois, la métrite parenchymateuse, produite par le polype, a ramolli tellement les parois de l'utérus, qu'elles n'ont plus une tonicité suffisante pour garder leur forme. Il se produit alors une flexion généralement antérieure (*antéflexion*), rarement postérieure (*rétroflexion*), du corps de l'utérus sur le col.

Nous ne parlons que pour mémoire des hémorrhagies souvent si abondantes et si réitérées qui épuisent la femme, des douleurs, parfois très vives, qui influent sur son état général et sur son caractère des troubles dans la mixtion et la défécation, et, enfin, de la lymphangite pelvienne et de la péritonite souvent mortelle, tous phénomènes pathologiques

(1) MARION SIMS. — *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, Paris, 1866, p. 270 et suivantes.

qui peuvent être produits aussi bien par la tumeur elle-même que par les modifications organiques qu'elle entraîne à sa suite (1).

Tels sont les différents modes suivant lesquels les polypes intra utérins peuvent influer sur la vitalité de l'organe. Nous comprendrons aisément combien difficile doit être la fécondation dans des conditions semblables.

Nous ne prétendons pas soutenir que le tableau des désordres produits par les polypes se retrouve aussi complet dans tous les cas ; loin de là : un certain nombre de femmes possèdent des polypes volumineux sans avoir jamais éprouvé aucun symptôme morbide. Mais c'est là l'exception, et bien des malades, si elles n'ont pas épuisé toute la série des accidents que nous avons décrits, en ont, tout au moins, présenté quelques uns qui, à notre avis, suffisent dans bien des cas pour gêner la fécondation ou même l'empêcher, comme nous le verrons au chapitre suivant.

Nous allons étudier maintenant les différentes modifications que subissent les polypes pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

(1) BARNES. — *Loc. cit.*, p. 666.

II. — Influence de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité sur les polypes.

Sous l'influence de la fécondation, l'utérus entre dans une nouvelle vie, acquiert de nouvelles propriétés qui lui permettront de remplir ses nouvelles fonctions. En premier lieu, il se produit une véritable congestion de tout son tissu, le sang afflue en plus grande quantité, la muqueuse s'hypertrophie pour former la caduque utérine; bientôt le tissu utérin lui même s'hypertrophie à son tour pour fournir à la distension énorme qu'il acquerra dans la suite. La cause de cette hypertrophie du tissu utérin, bien connue aujourd'hui, est produite par l'augmentation, d'abord du nombre, puis des dimensions des fibres musculaires lisses qui le constituent (1). Le tissu cellulaire lui même devient plus lâche et plus gorgé de sucs. Pour fournir à tout ce travail d'accroissement, le système vasculaire prend un développement considérable : les artères s'allongent, leurs sinuosités se redressent, leur calibre s'élargit, les veines présentent un développement proportionné. Les propriétés vitales de la matrice se modifient en même temps que sa structure, sa nutrition est plus active et sa température s'élève à mesure qu'il y afflue plus de sang. Enfin, ses propriétés contractiles se manifestent surtout d'une façon frappante quand ses fibres musculaires sont complètement développées (2).

Quoique l'utérus tout entier commence à se modifier à partir de la conception, toutes ses parties ne se développent pas proportionnellement en même temps. L'augmentation se fait surtout aux dépens du fond dans les trois

(1) BEAUNIS ET BOUCHARD. — *Anatomie descriptive*, Paris 1883, p. 856 et 857.

(2) NOEGELÉ ET GRENSER, Trad. AUBENAS. — *Traité d'accouchements*. Paris 1880, p. 95-94.

premiers mois et aux dépens du corps dans les trois mois suivants (1). C'est donc pendant les six premiers mois de la grossesse, nous pouvons le dire tout de suite, que nous verrons la grossesse influencer les polypes intra utérins par une activité plus considérable dans les échanges nutritifs qui se produisent dans tout l'appareil génital de la femme.

a) On peut dire que dès le moment de la conception les polypes intra utérins subissent des modifications dues à la grossesse. Quelle que soit leur nature, ces tumeurs sont reliées à l'organe dont elles procèdent par un pédicule plus ou moins long, par l'intermédiaire duquel elles reçoivent le sang nécessaire à leur vie. Nous avons déjà vu qu'à l'état de vacuité de l'utérus, les polypes subissaient au moment des règles des modifications importantes ; que souvent, par exemple, les polypes fibreux très-petits augmentaient tellement de volume qu'ils franchissaient le col et apparaissaient dans le vagin. Rien de plus naturel, et du reste les faits sont là pour le prouver (voir obs. p. 19), que sous l'influence de la grossesse les polypes du fond et du corps de l'utérus éprouvent des changements de volume et de consistance que nous allons examiner immédiatement.

1. — POLYPES MYOMATEUX (2). — Les polypes myomateux possédant à peu de chose près la même structure anatomique que le tissu utérin, s'hypertrophient comme lui, comme lui s'amollissent et se vascularisent. Chez eux, l'examen histologique démontre pendant la grossesse, l'existence de fibres musculaires hypertrophiées, d'un tissu

(1) NOEGELÉ et GRENSER. — *Op. cit.* p. 91.

(2) DEPAUL et TARNIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1868 et 1869, p. 93.

DEMARQUAY et ST-VEL. — *Op. Cit.*, p. 179.

LEFOUR. — *Op. Cit.*, p. 56 à 58.

CHAHBAZIAN. — *Op. Cit.*, p. 20.

LAMBERT. — Thèse de Paris, 1870, p. 45.

POLAILLON. — *Annales de Gynécologie*, 1874, vol. 1, p. 228.

musculaire gorgé de sucs, d'un réseau vasculaire plus considérable que pendant l'état de vacuité de l'utérus. La muqueuse qui les recouvre présente aussi des modifications considérables : semblable à celle de l'utérus, c'est à dire relativement peu épaisse, d'une coloration grise ou rosée à l'état de vacuité, nous le voyons acquérir pendant la grossesse une épaisseur qui va jusqu'à deux centimètres, une coloration rouge foncé, une turgescence toute spéciale.

Tel est l'état des polypes fibreux pendant les premiers mois de la grossesse ; à mesure que le terme de l'accouchement se rapproche, nous les voyons, suivant toujours parallèlement les modifications du tissu utérin, s'amollir et s'assouplir en partie ou totalement, tout en augmentant toujours de volume, leur pédicule s'allonger peu à peu jusqu'à permettre leur descente dans le vagin.

2. — POLYPES MUQUEUX ET VASCULAIRES (1). — Sous l'influence de la grossesse, les premiers augmentent certainement de volume, mais pas autant que les seconds, qui ne sont formés, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, que par des vaisseaux entourés d'un tissu cellulaire plus ou moins abondant, et qui par conséquent, suivent beaucoup plus facilement l'augmentation du système vasculaire de l'utérus.

3. — POLYPES FIBRINEUX. — Pour ces polypes, nous ferons observer d'abord que les observations qui prouvent leur existence sont très peu nombreuses et que leur étude est encore à faire. Ensuite, il nous semble difficile qu'un polype d'une structure semblable à celle que nous avons décrite au commencement du chapitre puisse résister longtemps aux causes de destruction qui l'entourent de toutes

(1) VIRCHOW. — *Op. cit.* p.

MONFUMAT. — *Op. cit.* p. 79.

COURTY. — *Op. cit.* p. 1127.

parts et que l'on puisse retrouver au moment d'un accouchement un même polype fibrineux qu'on aura déjà vu à un accouchement précédent (1).

Telles sont les modifications que la grossesse apporte dans la structure et la constitution des polypes. Examinons maintenant quelle influence peuvent avoir sur eux l'accouchement et la puerpéralité.

b) Pendant l'accouchement, un polype, quelle que soit sa nature, quelle que soit sa situation vis-à-vis du fœtus dans l'intérieur de la cavité de l'utérus, sera toujours plus ou moins froissé, contusionné et éraillé, tant par le fœtus, que par les manœuvres qu'il nécessitera lui-même de la part de l'accoucheur. Nous en verrons même qui seront arrachés de leur insertion par les mêmes agents. Tous ces traumatismes n'influeront pas tout de suite sur la vitalité de l'utérus, mais nous verrons au chapitre IV quels dangers ils peuvent alors faire courir à l'accouchée.

Pendant la puerpéralité et dès les moments que le fœtus a été expulsé, l'utérus revient sur lui-même et reprend peu à peu ses dimensions primitives. Cette regression utérine se fait par un processus que l'on trouvera bien décrit par Heschl (1), et que nous n'avons pas à rapporter ici, vu qu'il se trouve indiqué dans tous les ouvrages classiques. De même que nous avons vu, sous l'influence de la grossesse, les polypes augmenter de volume, s'amollir et s'assouplir, de même nous les voyons pendant les suites de couches, tout comme l'utérus, diminuer de volume et s'atrophier tant et si bien, qu'il est souvent difficile à l'anatomiste et impossible au clinicien d'en retrouver les traces. Cette atrophie est quelquefois d'autant plus rapide et d'autant plus complète

(1) ANNA KLASSON. — *In annales de Gynécol*, 1889. Février et Mars.

(1) HESCHL — *Über das Verhalten des Menschlichen Uterus nach der Geburt*. Wiener, Zeitschrift, tome VIII, 1823, p. 9.

que l'hypertrophie a été elle même plus rapide et plus considérable (2).

C'est surtout pendant cette période que l'on peut constater la gangrène et la fonte purulente des polypes. Nous renvoyons au chapitre IV pour les accidents qu'ils peuvent amener dans ces circonstances.

(2) LEFOUR. — *Op. cit.*, p. 38.

SCANZONI. — *Traité pratique des maladies de la femme*. Trad. Dor et Socin. Paris, 1858, p. 189.



OBSERVATIONS

Nous aurions pu rapporter quelques centaines d'observations pour prouver que les polypes peuvent amener de l'hémorrhagie, de la leucorrhée, des douleurs, etc. pendant l'état de vacuité de l'utérus. Nous ne l'avons pas fait, car ces observations sont pour ainsi dire journalières et il n'y a pas besoin d'en rapporter de nouvelles ni pour étayer des indications thérapeutiques ni pour fixer la science sur ce point.

Nous renvoyons pour ces observations aux ouvrages de Demarquay et Saint-Vel, de Gallard, de Courty, de Barnes, de M. Sims, etc., dont on peut trouver le titre des ouvrages dans l'Index Bibliographique qui se trouve à la fin du travail.

La thèse de A. Kinsbourg (Nancy 1885) contient 14 observations de polypes utérins à apparition intermittente. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à cette thèse ainsi qu'aux travaux de Lisfranc, de Dupuytren et aux traités spéciaux de Aran, Nonat, Churchill, etc.

POLYPES A APPARITION INTERMITTENTE

Observation I

GALLARD. *Leçons cliniq. sur les mal. des femmes*. Paris, 1875, p. 562.

X..., couturière, entrée à Lariboisière le 20 février 1867, en proie à des métrorrhagies abondantes ayant d'abord débuté au moment des règles, puis s'étant prolongées dans leur intervalle, à ce point que l'écoulement sanguin était presque continu et que dans leur intervalle il était remplacé par de la sérosité roussâtre.

Au toucher, rien d'anormal : quinze jours plus tard, le col était entr'ouvert et on sentit alors une tumeur qui fuyait au-devant du doigt lorsqu'on la pressait pour en étudier la consistance. On dilate le col et on trouve une tumeur ayant le volume d'une grosse noix. Le lendemain, l'orifice était refermé. L'administration du seigle ergoté pour faire saillir la tumeur ne produisit aucun effet. La malade quitte quelque temps l'hôpital puis rentre l'année suivante ; on constate que le col est dilaté, le polype proémine entre les lèvres de l'orifice. Il y avait des douleurs expultrices qui durèrent deux ou trois jours, puis la tumeur remonte ensuite, malgré l'administration du seigle ergoté à la dose de 2 grammes par jour.

A la période menstruelle suivante (6 septembre), l'hémorrhagie se renouvela plus abondante pendant quatorze jours et ne cessa qu'après de nombreuses applications de glace.

Le mois suivant (6 octobre), nouvelle hémorrhagie avec réapparition du polype. On fit avec la pointe d'une lancette quatre petites incisions sur le col. On n'obtint pas de dilatation ; au bout de huit jours, le polype remonte et finit par disparaître pour ne se montrer qu'à l'époque menstruelle suivante qui se trouva retardée.

On pratique alors deux larges incisions latérales sur les lèvres du col, on enserre le pédicule avec une anse de fil de fer, puis se servant du serre-nœud de Maisonneuve, on opère la section complète du pédicule au niveau de son point d'implantation. (Résumé in thèse de Kinsbourg.)

Observation 2.

LISFRANC. *Clinique de la Pitié*, 1843, t. III, p. 106.

Un polype du volume de la dernière phalange du pouce fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum ; nous vinmes le lendemain pour l'opérer ; nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater ; quelques jours s'écoulèrent et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus dont l'orifice se resserre ensuite et les rend momentanément inaccessibles à la vue et au doigt.

AUGMENTATION DES POLYPES PENDANT LA GROSSESSE LEUR DIMINUTION APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Observation 3.

DENEUX. *Lancette française*, 1829, n° 3.

Femme de 30 ans, ayant déjà eu deux enfants et jouissant d'une bonne santé. Depuis sa dernière couche qui remontait à deux ans, l'abdomen était resté plus volumineux ; les menstrues étaient régulières mais plus abondantes. A partir du

mois de février 1829, il y eut des troubles dans cette fonction ; l'écoulement se suspendit et reparut à divers intervalles. Ces suppressions et des envies de vomir firent soupçonner une grossesse. Le 31 mai eut lieu l'expulsion d'un fœtus. Le placenta ne put être extrait par l'accoucheur. Dans l'après-midi, il fut expulsé naturellement et jeté avant que le médecin alors absent put le voir. Malgré cette délivrance spontanée l'utérus restait volumineux. Au bout de 99 jours passés avec des frissons, de la fièvre, des lochies fétides, un corps mollasse et charnu se présenta à la vulve. Deneux, appelé auprès de la malade, reconnut un polype qu'il excisa après en avoir lié le pédicule. La femme ne survécut que deux heures après l'opération. L'autopsie découvrit les lésions de la métrite péritonite. La tumeur, du volume des deux poings, gangrenée à l'extérieur et irrégulière, était composée de tissu fibreux criant sous le scalpel.

Observation 4.

SACHTLEBEN. *In Puchelt, loc. cit.* (Résumé).

Femme de 56 ans. Tumeurs fibreuses pédiculées du fond de l'utérus, ayant le volume d'une poire. Version. Réduction des tumeurs. Guérison. Enfant vivant. Sous l'influence de la grossesse, les tumeurs avaient atteint le volume d'une tête d'enfant.

Observation 5.

VIDAL. *In Oldham, loc. cit.* (Résumé).

Multipare. Polype fibreux. Présentation de l'épaule. Accouchement à terme. Forceps difficile. Augmentation de la tumeur pendant la grossesse. Diminution et ramollissement après l'accouchement. Disparition complète trois mois après.

Observation 6.

RAMSBOTHAM. *In Medical Times and Gazette*, 1853. (Résumé.)

Multipare. Polype fibreux sous muqueux du volume d'une tête de fœtus. Accouchement spontané. Ligature cinq jours après, chute du polype. Guérison. Enfant vivant. Diminution progressive de la tumeur ; quatre mois après, elle a le volume d'une noix.

Observation 7.

OLDHAM. — *In Guy's Hospital Reports*, 1844, 2^e S., vol. II, p. 122. (Résumé).

Polype inséré au fond de l'utérus par un pédicule du volume d'un cordon ombilical ; expulsé trois semaines après l'accouchement.

La constitution de ce polype, son état épongeux et la laxité de sa fibre semblaient indiquer une croissance rapide. A sa surface, on remarquait des veines du volume du petit doigt, se prolongeant dans l'intérieur de la tumeur.

Observation 8.

FORGEL. *Bulletin de thérapeutique*, 1830. (Résumé.)

Multipare. Polype fibreux volumineux de l'utérus occupant le vagin. Accouchements spontanés plusieurs années de suite. Guérison. Après chaque accouchement, la tumeur qui se montrait à la vulve pendant l'accouchement remontait dans le vagin à mesure que l'utérus revenait sur lui-même.

Observation 9.

RAMSBOTHAM. *Medical Times and Gazette*, 1853. (Résumé.)

Multipare. Polype fibreux sous muqueux du volume d'une tête de fœtus. Accouchement spontané. Ligature cinq jours après, chute du polype. Guérison, enfant vivant. Diminution progressive de la tumeur; le mois après, elle a le volume d'une noix.



CHAPITRE II

Influence des polypes sur la fécondation et sur la marche de la grossesse.

Les polypes intra utérins produisent dans l'utérus toute une série de symptômes que nous avons étudiés dans le précédent chapitre. Nous allons voir dans celui-ci comment la fécondation peut être rendue difficile ou même impossible dans ces circonstances et comment, quand la conception a eu lieu, la marche de la grossesse peut être modifiée par la présence de ces tumeurs.

I. — INFLUENCE DES POLYPES INTRA-UTÉRINS SUR LA FÉCONDATION

Pour que la fécondation ait lieu, il faut que le sperme puisse arriver en quantité et en qualité suffisante jusqu'à l'œuf contenu généralement dans la trompe (1). Nous allons voir que les polypes, par leur présence et par les modifications locales qu'ils ont produites dans l'utérus, peuvent souvent amener la stérilité.

Et en effet, que faut-il pour porter obstacle à l'imprégnation de l'œuf par le sperme ? Nous possédons tous les éléments suffisants : un corps étranger qui obstrue le passage, soit parce qu'il se trouve implanté sur le bord de l'orifice d'une trompe et qu'il la comprime, soit parce que,

(1) PRÉVOST et DUMAS. — *De la génération chez les mammifères*. Annales des sciences naturelles, 1824.

descendu jusqu'au col et serré convulsivement par lui, il empêche toute communication du vagin avec l'intérieur de l'utérus. Ce corps étranger a produit de l'irritation autour de lui, et par l'écoulement muqueux ou sanguin qui est la conséquence de cette irritation, il se produit une dilution et souvent une altération du liquide fécondant, dont les éléments sont alors inaptes à produire dans l'œuf l'évolution nécessaire à la formation du fœtus (1). Enfin le corps étranger a produit dans la matrice des changements de situation aussi bien de l'organe total vis-à-vis des parties environnantes que des parties qui le constituent entre elles. La version et la flexion utérines sont certainement et presque au même titre que l'endométrite, des causes fréquentes de stérilité.

Mais ce n'est pas tout, supposons que malgré tous les obstacles qu'il a rencontrés sur la route, le sperme soit parvenu en quantité et en qualité suffisante jusqu'à l'œuf et que celui-ci ait été fécondé : si la fécondation a eu lieu dans la trompe comme c'est le cas le plus fréquent, l'œuf pourra s'y fixer, empêché qu'il est de pénétrer dans la cavité utérine par la présence du polype ou par la pression qu'il exerce sur la trompe ; il se produira alors une grossesse extra utérine. Ou bien s'il parvient dans la cavité utérine, il va rencontrer une muqueuse irritée, constamment baignée par une quantité anormale de mucus, par du sang ou du pus et il sera entraîné au dehors.

Tels sont les raisons et les faits qui nous conduisent à penser que les polypes du fond de l'utérus sont un obstacle sérieux à la fécondation et à la conception. Mais qu'on n'attende pas de nous une statistique indiquant la probabilité de la conception dans ces circonstances ; cette statistique est

(1) MARION SIMS. — *Notes cliniques de chirurgie utérine*. Trad. Lhéritier. Paris 1866, p. 477 et suiv.

impossible à faire : et d'abord pour ce motif que les polypes sont loin d'être toujours dans les mêmes conditions vis-à-vis de l'utérus ; tel polype qui ne produit aucun phénomène morbide, aucun symptôme chez une femme, est la cause d'accidents terribles chez une autre. De plus un polype peut être parfaitement supporté aujourd'hui, qui demain donnera lieu à toute une série d'accidents. Nous rapporterons à la fin du chapitre une observation d'un polype qui contrairement à ce que l'on pourrait supposer de ces tumeurs, a favorisé la fécondation en dilatant un col rétréci, comme aurait pu le faire un morceau d'éponge préparée. On voit donc qu'il nous est difficile de tirer une conclusion.

Enfin et surtout, parceque nous n'avons pas la relation de tous les faits de polype n'ayant amené aucun obstacle à la fécondation.

Une statistique que nous pourrions faire s'il en était besoin serait celle des femmes possédant un polype, visible et tangible à chaque période menstruelle ou à chaque accouchement et qui n'a gêné en rien ni la fécondation ni la grossesse. Mais les faits sont trop peu nombreux pour que les déductions que nous pourrions en tirer, nous amènent à une conclusion exacte et suffisamment motivée.

II. — INFLUENCE DES POLYPES SUR LA MARCHE DE LA GROSSESSE (1)

On pourrait croire, au premier abord, que dans tous les cas où l'utérus gravide contient un polype dans la cavité, il en supportera difficilement la présence, du moment que le

(1) GUÉNIOT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1869, p. 100.

SCANZONI. — *Traité pratique des maladies de la femme*. Trad. Dor et Socin, Paris, 1858, p. 189.

LAMBERT. — *Loc. cit*, p. 51.

foetus, augmentant toujours de volume, viendra encore dilater sa cavité ; le fait paraîtra plus étonnant quand on réfléchira aux accidents multiples que ces tumeurs produisent à l'état de vacuité. Et, pourtant, dans bien des cas, on a vu des polypes, même très volumineux, ne porter aucun obstacle à la grossesse. Ce dernier fait ne doit pas nous étonner outre mesure, car, dans les cas de grossesse gémellaire, l'utérus est encore beaucoup plus distendu que par un polype, puisqu'on n'en a jamais trouvé, compliquant la grossesse, d'aussi gros qu'un foetus de 6 à 7 mois, et ensuite parce que le polype est généralement recouvert par la muqueuse utérine en assez bon état. Mais ce sont là presque des exceptions et, généralement, les polypes influencent la grossesse d'une façon plus ou moins néfaste.

Une fois que l'œuf est descendu dans la cavité utérine et au moment où il va se fixer, nous savons déjà (voir page 23) qu'il peut être tout simplement éliminé au milieu d'un flux de mucosités ou de sang. S'il n'en est pas ainsi, nous voyons surtout pour les polypes dont le pédicule s'insère sur le fond de l'utérus, qu'il aura beaucoup de chances pour glisser jusqu'au segment inférieur de la matrice. Ce fait, à lui seul, est déjà très regrettable, car il expose à des hémorrhagies pendant les deux derniers mois de la grossesse et, par suite, à l'accouchement prématuré, en raison de l'insertion marginale ou centrale du placenta. Il peut se rencontrer un troisième mode de fixation de l'œuf, celui où le placenta s'insère en partie sur la paroi interne et, en partie, sur le polype ou sur son pédicule. On conçoit facilement que dans certaines circonstances, par exemple quand le polype s'accroît, ou bien quand le polype de nature fibreuse change de volume sous une influence quelconque, il se produise des tiraillements du placenta et, par suite, des hémorrhagies que nous étudierons tout à l'heure. Il y a, enfin, des cas où le placenta s'in-

sère complètement sur le polype, l'avortement se produit alors généralement de bonne heure. (Voir obs. 41, 42, 43.)

Les polypes du fond ou du corps peuvent encore amener d'autres désordres, et, pour ceux-ci, nous ne faisons que les indiquer, car nous n'avons aucun fait pour appuyer notre dire, cependant il nous semble logique de penser qu'une tumeur, parfois volumineuse, doit avoir une certaine influence sur le développement du fœtus et amener, sinon toujours, du moins quelquefois des troubles dans sa nutrition et dans la formation de ses organes.

Bien que souvent l'utérus supporte parfaitement la présence du polype et que l'état général de la femme n'éprouve aucune altération par suite de la présence de la tumeur, on a noté parfois des troubles graves consistant en douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les cuisses et dans les lombes, de la dysurie et de la constipation résultant de la compression de la vessie et du rectum, enfin, une anémie rebelle à tous les toniques et à tous les reconstituants.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, la dilatation de l'utérus commence par le fond, continue par le corps et finit par le col. Le développement du fond et du corps se produit surtout pendant les six premiers mois, celle du segment inférieur surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse. Cet accroissement de volume demande, pour se faire normalement et sans accidents, que les parois de l'utérus soient complètement saines et que l'élasticité du tissu ne soit pas diminuée par la présence de corps volumineux et inextensibles dans sa paroi. Dans les cas de myômes utérins interstitiels, l'explication est très facile et, du reste, de très nombreuses observations la justifient pleinement. Pour ce qui est des polypes, bien que, à l'insertion de leur pédicule on trouve un certain degré d'hypertrophie de la paroi, on n'a jamais pensé que la dilatation utérine pourrait en être gênée : et, cependant, elle doit l'être dans une cer-

taine mesure. Mais ce qui peut amener des troubles fort graves, l'hémorrhagie, l'avortement, c'est justement cette hypertrophie des polypes que nous avons vu se produire pendant les six premiers mois.

Souvent l'utérus s'est habitué si bien à la présence d'un polype qu'il n'en ressent aucune gêne; il devient gravide et sous l'influence de la grossesse, le polype s'hypertrophie; on verra dès lors se produire presque à coup sûr, des accidents qui pourront amener l'interruption de la grossesse et dont nous allons tâcher d'expliquer la production.

1^o Le polype peut agir d'abord par sa présence seule; en l'hypertrophiant, il descend jusqu'au col, l'irrite et provoque des contractions prématurées au même titre qu'un corps étranger quelconque introduit dans la cavité de la matrice. Si, au contraire, jusqu'au 6^e mois il ne s'est pas produit d'accidents de cette nature, le polype trouve dans l'utérus très dilaté, suffisamment de place pour se loger, et il y a de grandes probabilités pour que la grossesse arrive à terme, s'il n'y a pas complication du second mode de production de l'avortement.

2^o Le polype peut encore amener l'avortement en provoquant une hémorrhagie utérine qui décolle le placenta; cette hémorrhagie peut se faire de deux façons différentes :

a/ La muqueuse qui recouvre le polype contient un réseau considérable de vaisseaux à parois minces (voir au chapitre I^{er}) qui pour une raison ou pour une autre peuvent se rompre et amener une hémorrhagie parfois considérable. Le sang s'épanchant entre les membranes de l'œuf et la paroi utérine décolle le placenta; le fœtus n'étant plus nourri meurt et l'utérus s'en débarrasse aussitôt que possible.

b) Sous l'influence de l'augmentation de volume du corps fibreux, et de la congestion utérine si considérable pendant la gestation, il se fait une rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux utéro-placentaires et une hémorrhagie plus ou moins

considérable en est la conséquence. Le sang peut ne s'infiltrer que dans un ou plusieurs lobes au début; mais une nouvelle hémorrhagie peut survenir qui décolle d'autres lobes et provoque l'avortement. On a vu dans certains cas le sang nettement circonscrit en foyers multiples et réguliers. Si la cause qui a produit ces épanchements cessait d'agir, nul doute que le fœtus continuerait à vivre; mais comme à mesure que la grossesse avance, la congestion augmente et que l'excitation continuelle produite par ces conditions morbides devient également de plus en plus grande, il s'en suit qu'il se fait de nouvelles hémorrhagies qui provoquent définitivement l'avortement (1).

Pour ce qui est de l'époque à laquelle se produira l'avortement, soit sous l'influence de l'hémorrhagie, soit par suite de contractions prématurées, nos observations nous montrent qu'il a généralement lieu dans les 6 premiers mois. Il en résulte pour l'enfant son expulsion alors qu'il n'est pas encore viable, et pour la mère cet avantage que le fœtus étant moins volumineux, l'influence du polype sur l'accouchement, toutes choses égales d'ailleurs, est beaucoup moins considérable (2).

Tous ces accidents que nous venons de décrire, peuvent parfaitement se présenter comme on peut le voir dans les observations que nous plaçons à la fin du chapitre. Mais souvent les polypes ne donnent aucun signe de vie pendant la grossesse et les femmes n'éprouvent pendant la gestation rien qui puisse faire supposer chez elles quelque chose d'insolite. Elles ne ressentent aucune pesanteur dans le bas ventre, l'excrétion des matières fécales et des urines se fait d'une façon normale, elles n'ont point de pertes, point de sensation de corps étranger, qui provoquent des efforts

(1) SEBILEAU. — Thèse de Paris 1873, p. 32.

(2) LEFOUR. — *Loc. cit.*, p. 94 et suiv.

d'expulsion. Rien en un mot ne peut faire soupçonner une complication, et la grossesse marche de la façon la plus heureuse jusqu'au terme. D'autres fois, mais bien plus rarement la femme ressent quelques douleurs plus ou moins vives que l'on peut expliquer par des poussées congestives du côté de la tumeur (1).

Il peut enfin arriver, mais le fait est peut-être unique, que le polype (fibreux) après avoir déterminé quelques légers accidents, soit expulsé spontanément pendant la grossesse sans provoquer l'avortement (2).

(1) SEBILEAU. — *Loc. cit.*, p. 30.

FORGET. — *Bulletin de thérapeutique*, 1846, vol. XXX, p. 261.

(2) MERRIMAN. — In *journal de chirurgie de Malgaigne* 1846.



OBSERVATIONS

Influence des polypes sur la fécondation

POLYPES AYANT EMPÊCHÉ LA FÉCONDATION

Observation 10.

TRÉLAT. *In thèse de Lefour*, p. 80.

Une jeune femme de 26 ans enviroa devint enceinte peu après son mariage et fit une fausse-couche du troisième au quatrième mois. A partir de cette époque, stérilité complète et apparition de phénomènes nerveux mal déterminés qui firent songer à une affection utérine. Deux années s'étaient écoulées depuis la première fausse-couche, lorsque M. le professeur Trélat, appelé par le médecin-traitant, constata l'existence d'un corps fibreux du volume d'une noix qui remplissait exactement la cavité du col. L'ablation fut pratiquée, non sans de grandes difficultés, et bientôt après cette jeune femme redevint enceinte, mais, cinq mois plus tard, elle avortait pour la seconde fois.

Observation 11.

BARNES. *Traité des maladies des femmes*, p. 668.

Il a vu, dans une autopsie, un utérus dans lequel se trouvait un polype de la grosseur d'une aveline à l'entrée de chacune des trompes qui étaient complètement bouchées.

POLYPES N'AYANT PAS EMPÊCHÉ LA FÉCONDATION

Observation 12.

FORGET. *In Bulletin de thérapeutique*, 1830.

Multipare. Polype fibreux volumineux de l'utérus, occupant le vagin. Accouchements spontanés plusieurs années de suite. Guérison. Après chaque accouchement la tumeur, qui se montrait à la vulve pendant l'accouchement, remontait dans le vagin à mesure que l'utérus revenait sur lui-même.

Observation 13.

BOIVIN et DUGES. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris, 1833.

1^o Couturière, âgée de 22 ans, fut prise, cinq heures après avoir mis au monde un enfant vivant, de convulsions répétées et suivies d'un état comateux auquel elle succomba au bout de 24 heures. A l'autopsie, utérus et ses annexes à l'état normal pour cette époque des couches. Le col, resté dans un état de relâchement complet, est occupé par une tumeur d'un rouge brun, longue de trois pouces, épaisse de deux et demi; un pédicule, presque aussi large que la tumeur, la suspend un peu au-dessus de l'orifice interne du col. Le placenta est inséré en partie sur la tumeur. Il est raisonnable de penser que l'aplatissement et le ramollissement de la tumeur ont eu lieu sous l'influence de la grossesse.

2^o Une femme, sujette à des pertes de sang, portait un polype de un pouce de diamètre dont nous constatons, par le toucher, et l'existence et l'insertion qui se faisait dans la paroi postérieure du corps de la matrice par un pédicule assez long. La malade avait déjà fait six fausses-couches. Malgré notre avertissement, elle ne voulut pas se faire opérer, et pareil accident lui arriva pour la septième fois. Son premier né avait, seul, été mené à terme.

POLYPE AYANT FAVORISÉ LA FÉCONDATION

Observation 14.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 253.

Tarnier a vu une dame qui, pendant les sept premières années de son mariage, n'avait jamais eu d'enfants; on avait constaté, au moyen du cathétérisme, une étroitesse considérable du canal cervical. Enfin, elle devint enceinte, et Tarnier trouva, faisant saillie hors du col, un petit polype muqueux gros comme un tuyau de plume et long d'environ 5 centimètres. C'est très vraisemblablement ce polype qui avait rendu la fécondation possible en dilatant le col.

AVORTEMENT SOUS L'INFLUENCE DES POLYPES

Observation 15.

LISFRANC. *Clinique de la Pitié*, tome III, p. 87.

Une dame âgée de 28 ans, mère de 4 enfants, fut atteinte de métropéritonite à son dernier accouchement. Elle devint enceinte pour la cinquième fois, lorsque l'utérus était encore sensiblement hypertrophié. Pendant quatre mois, cette dame se résigna à garder le repos. A cette époque, elle fit un voyage à la suite duquel elle fut prise de douleurs utérines et l'avortement eut lieu: bientôt après, des pertes abondantes, rebelles se déclaraient; au toucher, on constata que la ma-

trice était tuméfiée et douloureuse ; l'on combattit cette phlegmasie par des moyens antiphlogistiques : pendant 2 mois, la métrorrhagie cessa, mais elle reparut avec intensité. La malade vit ses forces s'épuiser et elle succomba.

Autopsie. — On découvrit dans la cavité de l'utérus dont les parois avaient doublé d'épaisseur, six polypes muqueux dont le plus petit avait le volume d'une lentille et le plus gros celui d'une petite noisette.

Observation 16.

BEATTY. *In Transact. of the Associat. of College of Phys. Ireland, 1824, vol. IV, p. 1.*

Madame W..., âgée de 25 ans, bien portante, accoucha de son premier enfant le 1^{er} avril 1819. Menstruation régulière jusqu'au 20 août. Depuis mai 1820, à chaque période menstruelle, elle reconnaissait une tumeur douloureuse à la pression, à la partie inférieure de l'abdomen, laquelle disparaissait dans les intervalles. Le 28 septembre, le toucher fit reconnaître une tumeur dure, lisse dans l'intérieur du col utérin entr'ouvert ; elle remontait jusqu'à l'ombilic, était régulière à sa surface et semblait se partager en deux tumeurs inégales. Elle était attachée au fond de l'utérus en arrière et à droite par une insertion d'apparence ligamenteuse.

Octobre. — La tumeur augmentait toujours de volume. Le 10 novembre, la malade eut une hémorrhagie peu considérable. Etat local comme auparavant. Elle avorta dans la nuit d'un œuf entier de trois mois. Le 13, la tumeur s'était considérablement abaissée. Le 17, elle était dans le vagin. Les contractions utérines continuèrent et expulsèrent la tumeur qui avait produit un certain degré d'inversion de l'utérus ; on la réduisit. Elle était très vasculaire. Sa surface était lisse et ressemblait à un utérus gravide. — En mai 1822, la femme accoucha d'un enfant mâle bien portant.

Observation 17.

LEVRET. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie 1757, tome III, p. 543.*

Une femme ayant eu des pertes de sang depuis plusieurs années, tumeur hémisphérique du volume d'une bille d'enfant, proéminent dans le vagin. La tumeur avait son point d'implantation dans la matrice si haut qu'on ne pouvait sentir où son pédicule s'insérait. La malade devenue enceinte accoucha à terme. La tumeur n'avait pas produit d'accidents pendant la grossesse et après l'accouchement on l'avait trouvée dans le même état qu'auparavant.

Observation 18.

FORGET. *Bulletin de Thérapeutique, 1830. (Résumé.)*

Femme de 28 ans. Multipare. Six polypes vasculaires variant du volume d'une noisette à celui d'une lentille. Avortement. Morte d'hémorrhagie.

Observation 19.

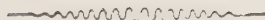
GAILLARD THOMAS. *American Journal of obstetric*. 1876. (Résumé.)

Multipare. Polype pédiculé du volume d'un petit œuf de poule. Troisième avortement. Ablation de la tumeur.

Observation 20.

LISFRANC. — *Clinique chirurgicale* (résumé).

Hémorrhagies abondantes pendant les derniers jours de la grossesse. Polype fibreux du fond de l'utérus. -- Accouchement spontané. - Ligature de la tumeur le lendemain de l'accouchement. — Guérison.



CHAPITRE III

I. — Influence des polypes de la cavité utérine sur l'accouchement et sur la délivrance.

La question de l'influence des polypes sur la présentation du fœtus et sur le travail est des plus importantes, car de sa solution dépend une grande partie des indications que nous formulerons dans notre dernier chapitre. C'est généralement au moment du travail que le médecin est appelé pour porter secours à la femme ; s'il ne connaît pas ou s'il ne suppose pas la présence d'un polype, il sera très embarrassé pour rapporter à leur véritable cause les accidents que nous allons énumérer. Si au contraire il a diagnostiqué la présence d'un polype du fond de l'utérus, il devra connaître exactement les modifications que cette tumeur peut faire subir à la marche du travail pour pouvoir en toute connaissance de cause instituer un traitement rationnel.

Avant de commencer nous devons dire que souvent le polype n'entrave en rien la marche du travail, et que tout se passe comme si l'utérus ne contenait que le fœtus. Nous ferons aussi remarquer que l'influence du polype dépend d'abord et en grande partie du volume de la tumeur ; en second lieu du degré d'assouplissement qu'elle a subi pendant la grossesse ; enfin de la longueur et de l'extensibilité de son pédicule.

Il est difficile de fixer exactement quel doit être le volume d'un polype pour qu'il constitue un obstacle sérieux à l'accouchement. « Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle

sérieux à l'accouchement, dit M. Tarnier (1), il faut qu'il soit descendu dans l'escavation ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut de plus qu'il ait un certain volume que j'estime, très arbitrairement je l'avoue, à celui d'un œuf de poule. » Depuis cette époque, il n'a pas été fait grand chose pour substituer à cette mesure, que M. Tarnier lui même appelle arbitraire, une appréciation plus exacte ; aussi est-il impossible de poser des règles absolues pour l'intervention (2). Mais nous ne devons pas oublier que dans notre cas particulier, il s'agit, non pas d'une tumeur fixée dans la paroi utérine, mais d'une tumeur mobile par le fait qu'elle possède un pédicule plus ou moins long, plus ou moins fort, et plus ou moins élastique. Aussi peut-on voir dans nos observations des polypes beaucoup plus volumineux qu'un œuf de poule, n'avoir opposé qu'un bien faible obstacle à la marche régulière de l'accouchement. Un autre point que nous ne voulons pas laisser dans l'ombre est cet amollissement, cet assouplissement, que nous avons étudié dans le chapitre I, et qui peut se produire non seulement sous l'influence de la grossesse, mais encore en raison des modifications pathologiques qu'a pu subir le polype. Nous devons rappeler que parfois la tumeur tout entière est assouplie au suprême degré, mais qu'en général c'est l'écorce seule du polype, si on peut ainsi parler, qui est ramollie, le centre n'ayant subi aucune modification. Alors nous pouvons dire que cet amollissement est à peu près négligeable pour ce qui est de l'obstacle apporté par le polype à l'accouchement.

Au contraire, certains polypes sont composés d'un tissu dur et compact, quelquefois pierreux, qui les rend complètement irréductibles. On voit dès lors que la présence d'un

(1) TARNIER. — *Bulletin de la société de chirurgie de Paris*, 1868 et 1869.

(2) LEFOUR. — *Loc. cit.*, p. 39

polype au niveau du détroit supérieur constitue un obstacle très sérieux à l'accouchement et d'autant plus que la tumeur est plus volumineuse et composée d'un tissu moins compressible.

Avant de commencer, nous devons dire que les seuls polypes myomateux et fibreux peuvent amener les différentes complications que nous allons énumérer, les autres polypes sont de consistance trop molle pour opposer un obstacle à la force des contractions utérines. Nous ferons aussi observer que nous nous plaçons toujours dans l'hypothèse d'un bassin normal et d'un fœtus de grosseur moyenne.

L'accouchement est la fonction physiologique par laquelle le produit de la conception est expulsé du sein de la mère, à travers les voies naturelles par les forces de la nature destinées à cet usage (1).

Les différents facteurs qui concourent à l'accomplissement de cette fonction sont donc :

1° Le fœtus, dont l'évolution à travers la filière maternelle est soumise à des lois bien connues aujourd'hui.

2° La force, en vertu de laquelle l'ovoïde fœtal est mis en mouvement et traverse le canal pelvi génital.

3° Le canal pelvi génital lui même, composé à la fois de parties molles et de parties dures (2).

Comment le polype, anomalie dans la conformation des parties molles, va-t-il se comporter vis-à-vis de ces différents facteurs, c'est ce que nous allons développer dans les paragraphes qui vont suivre. Nous examinerons successivement l'influence que peut avoir la seule présence d'un polype, d'abord sur la présentation et sur la position du fœtus, puis sur la contraction utérine, enfin sur les dia-

(1) NOEGELÉ et GROENSER. — *Loc. cit.*, p. 143.

(2) LEFOUR. — *Loc. cit.*, p. 114.

mètres de la filière pelvienne. Nous étudierons après les diverses lésions qu'il peut produire sur les parties maternelles ainsi que sur le fœtus et ses annexes.

1^o INFLUENCE DES POLYPES SUR LA PRÉSENTATION
DU FŒTUS.

L'influence des polypes du fond et du corps de l'utérus sur la présentation est marquée par ce fait que l'accommodation (et par suite l'engagement) est gênée, et parfois rendue impossible en raison de la présence du polype dans le segment inférieur (nous avons vu plus haut à la suite de quelles modifications). Ceci mérite quelques explications que nous allons donner aussi brèves que possible.

La première partie du mécanisme de l'accouchement présente différentes périodes qui sont : *l'amoindrissement des parties, la descente de la partie fœtale* autant qu'elle le peut, enfin la *rotation interne* de la première partie fœtale dans le sens du rapport de sa plus grande dimension avec la plus grande dimension du bassin. Ces évolutions du fœtus sont sous la dépendance d'un certain nombre de causes que P. Dubois (1) a bien déterminées le premier et dont la valeur réciproque a été démontrée depuis, surtout par les professeurs Pajot (2), Depaul, Pinard (3) et leurs élèves. Ces causes sont passives et actives : 1^o *Causes passives* : a) Forme de l'utérus et du fœtus ; b) surfaces glissantes ; c) parallélisme entre le développement du fœtus et celui de l'utérus ; d) conformation de l'excavation pelvienne. 2^o *Causes actives* : a) Mouvements actifs du fœtus ; b) Tonicité et contractions

(1) P. DUBOIS. — *Présentation et position*, in *Journal des connaiss. médic. chirurg.*, 1834.

(2) PAJOT. — *Dict. encycl. des sciences médic. Article accouchement*, t. I, p. 377.

(3) PINARD. — *Traité du palper abdominal*, p. 26.

J. MARTEL. — *De l'accommodation en obstétrique*. Paris 1878.

du muscle utérin ; c) Tonicité et contractions des muscles de la paroi abdominale (1).

Nous allons voir dans la suite du chapitre qu'un polype tant soit peu volumineux du fond ou du corps de l'utérus va influencer les causes et les effets de l'accommodation en raison de sa nature, de son volume et de la position qu'il occupe.

a) La forme de l'ovoïde fœtal n'est pas modifiée, mais celle de l'utérus c'est beaucoup. Sébilleau (2) « pense que les polypes, siégeant surtout en haut et en arrière, c'est surtout en haut et en arrière que la cavité est retrécie. » Ce fait expliquerait, d'après lui, la fréquence des présentations du siège. Pour Lefour (3), le changement de forme de l'utérus n'agirait qu'en ne sollicitant pas une présentation céphalique et non en prédisposant plutôt, soit aux présentations de l'épaule, soit à celles du siège. On pourra voir dans les observations que nous avons recueillies quelques cas de ce genre, à côté d'un grand nombre d'autres où la tête se présentait ; mais il nous semble que les polypes occupant le segment inférieur ou l'orifice du détroit supérieur doivent avoir souvent pour résultat d'empêcher d'abord l'engagement facile, ensuite la stabilité de la présentation du fœtus.

La condition indispensable à la stabilité de l'engagement d'une partie fœtale dans l'excavation est la liberté de l'excavation, sa non occupation par une partie fœtale volumineuse ou par un corps étranger qui la remplisse. Or, nous avons vu dans le chapitre précédent qu'un des principaux effets de la grossesse sur les polypes est d'augmenter leur volume et de les faire descendre dans le segment inférieur, parfois même au point de leur faire dépasser l'orifice inférieur du

(1) NOEGELÉ et GROENSER. — *Loc. cit.*, p. 167.

(2) SEBILLEAU. — *Loc. cit.*, p. 34.

(3) LEFOUR. — *Loc. cit.*, p. 121.

col de l'utérus. Arrivés à ce point, ils excitent dans une certaine mesure les contractions du sphincter utérin qui les fixent dans la position qu'ils occupent. Si donc une partie foetale, descendant sous l'influence des premières contractions (auxquelles la présence du polype dans le segment inférieur n'est pas étrangère) trouve la place occupée par un obstacle résistant, ou ne doit pas s'étonner qu'elle ne puisse s'engager, et que sous l'influence de la direction anormale des contractions dont nous expliquerons la cause tout à l'heure, il se produise une mutation peu considérable d'abord, mais qui ne fait que s'augmenter par la suite.

b) *Le développement parallèle du fœtus et de l'utérus*, condition qui a aussi son importance, est modifiée, on le conçoit, par la présence d'un polype, de la même façon qu'elle pourrait l'être par la présence d'une tumeur foetale de même volume et de même consistance.

c) *La conformation de l'excavation pelvienne* a exactement un très grande importance : à l'état normal, elle possède une forme qui s'adapte parfaitement à celle du fœtus. Dans le cas particulier que nous examinons, (celui d'un polype arrêté soit au bord du détroit supérieur, soit dans l'excavation) il n'en est plus de même, vu que la place qui devrait être complètement libre est occupée par un corps étranger.

Nous arrivons maintenant aux causes actives qui président à l'expulsion du fœtus : nous voulons parler des contractions utérines (nous ne nous occuperons pas des muscles abdominaux, car nous pensons que la présence du polype ne peut avoir aucune influence sur leur contraction, ni des mouvements propres du fœtus qui à notre avis n'ont pas grande importance).

2^o INFLUENCE DES POLYPES SUR LA CONTRACTION UTÉRINE

Il convient d'étudier d'abord l'influence des polypes sur la force, la continuité ou l'intermittence des contractions ; nous

verrons après comment ils peuvent modifier la direction de ces contractions et par suite la position du fœtus.

Pour ce qui est de la force des contractions, rien ne peut faire supposer qu'elle puisse être augmentée ou diminuée, mais il peut très bien arriver, quand par exemple le fœtus est arrêté au détroit supérieur ou dans l'excavation par le polype, il se peut, disons-nous, que les forces de l'utérus s'épuisent dans leur lutte contre un obstacle insurmontable, et qu'il finisse par en résulter au moins pendant quelque temps une inertie complète. Parfois cependant l'obstacle est vaincu, mais seulement grâce à une énorme dépense d'énergie. Cet obstacle à la descente du fœtus, explique parfaitement la durée du travail dans certains cas de polypes utérins.

Le contact de la partie fœtale ou du polype avec le segment inférieur, partie la plus sensible de l'utérus, est la cause des contractions directes du segment supérieur de l'organe, et des contractions réflexes des muscles abdominaux. Pour que ces contractions aboutissent, c'est-à-dire pour qu'elles produisent l'expulsion du fœtus, il faut que rien ne vienne entraver la marche du mobile et pour qu'elles le poussent normalement vers l'orifice, il faut que rien ne vienne modifier leur direction. Nous avons vu plus haut comment se produit l'arrêt du mobile ; nous renvoyons aux observations qui montreront parfaitement que ce n'est pas tant le volume ou la consistance du polype qui produit cet arrêt, mais bien plutôt la situation du polype dans tel ou tel point du détroit supérieur ou de l'excavation. Mais ce que nous voulons surtout mettre en lumière, c'est l'influence que peut avoir la présence d'un polype sur la direction des contractions utérines, et montrer par là que la position du fœtus, c'est-à-dire les rapports que la partie qui se présente acquiert avec le pourtour du détroit supérieur, peut-être modifiée dans une certaine mesure.

On peut se figurer facilement que la présence du polype dans la cavité du globe utérin produise, à l'endroit où il se trouve sinon une convexité, du moins un aplatissement de la paroi. Au moment où l'utérus se contracte, il ne peut qu'en résulter une plus forte pression en un point de l'ovoïde fœtal et, par suite, une rotation de ce mobile autour d'un de ses axes. De la place où se trouvera le polype, dépendront d'abord l'axe autour duquel se fera la rotation, et ensuite le sens de cette rotation qui se produira tout le temps que durera la contraction.

Telle est la façon dont nous comprenons l'influence des polypes du fond et du corps de l'utérus sur la présentation et la position du fœtus, mais sans nous en exagérer l'importance outre mesure.

En résumé, donc les polypes, par le changement de forme qu'ils produisent, soit dans les diamètres du bassin, soit sur la paroi de l'utérus, peuvent amener des modifications dans la présentation et la position du fœtus. Il est même des cas où ils empêchent totalement l'engagement, ou bien s'ils le permettent, le fœtus n'en est pas moins fixé dans l'excavation et il s'en suit un véritable enclavement (coincement) qui amène, tôt ou tard, l'homme de l'art à intervenir pour suppléer aux forces de la nature complètement épuisées.

Nous devons nous occuper maintenant des différents phénomènes pathologiques qui peuvent résulter de la présence de polypes, d'abord sur le fœtus et ses annexes, et ensuite sur les parties maternelles pendant toute la durée du travail.

Comme nous l'avons dit dans les paragraphes précédents, le travail est généralement long et difficile, parfois interrompu quand un polype vient se placer en avant ou à côté de la partie fœtale qui se présente: il ne peut qu'en résulter des effets de compression qui se transmettent aussi bien aux parties fœtales qu'aux parties maternelles. Pour ce qui est

des parties fœtales et, en particulier, de la tête (qui, malgré tout, est encore la présentation la plus fréquente) on a observé plusieurs fois un véritable écrasement. Pour qu'un fait semblable se produise, il faut nécessairement que la tumeur soit incompressible, qu'elle se présente en même temps que la tête, et que l'utérus soit très vigoureusement contracté, car on sait que la tête est réductible à un degré très considérable en raison du chevauchement des os de la voûte les uns sur les autres. Mais le fait est très rare et nous n'avons pu en recueillir qu'une observation.

Un accident beaucoup plus fréquent, très grave pour la mère et pour l'enfant, et très souvent observé dans les cas de polypes du fond et du corps de l'utérus, est le tiraillement du placenta, son arrachement partiel et quelquefois total par le pédicule du polype. Le fait se présente surtout dans les cas où le polype est placé en avant de la partie fœtale qui s'engage la première et où le pédicule de la tumeur subit des tractions d'autant plus fortes que le travail est plus avancé. Il en résulte des hémorrhagies d'autant plus terribles qu'il est parfois très difficile de terminer rapidement l'accouchement, seul moyen d'arrêter l'écoulement du sang. Cet accident nécessitera, de la part de l'accoucheur, une prompte décision : il n'a aucun instant à perdre, et il devra avoir toujours présentes à l'esprit les indications que nous formulerons dans le chapitre VI.

Les polypes muqueux et vasculaires, qui n'avaient aucunement gêné le travail par leur volume ou leur consistance, peuvent être également la source d'hémorrhagies pendant le travail. Nous en rapporterons plusieurs observations qui nous semblent prouver que ces hémorrhagies se produisent par une lésion quelconque du polype. Pour les *polypes vasculaires* qui contiennent de gros vaisseaux sanguins, en raison même de leur constitution anatomique, rien de plus naturel que, leur arrachement ou une solution de continuité

produite d'une façon quelconque, soit la source d'un écoulement de sang plus ou moins abondant. Quant aux *polypes muqueux*, la congestion considérable qu'ils ont subie pendant toute la durée de la grossesse, les rend capables de produire une hémorrhagie dans les mêmes circonstances.

Pour ce qui est des parties maternelles, nous n'avons pas besoin de dire qu'à la suite d'un travail long et difficile elles seront plus ou moins froissées, contusionnées et déchirées autant par le fait du passage du fœtus rendu plus volumineux par la présence de la tumeur, que par les manœuvres exigées pour la terminaison artificielle de l'accouchement.

II. — Influence des polypes intra utérins sur la délivrance.

Pour que la délivrance s'accomplisse d'une façon physiologique, il faut que le placenta inséré normalement (généralement au fond et à droite), soit entièrement décollé au moment où se termine l'expulsion du fœtus ; il faut ensuite que l'utérus se contracte sur toute la masse de l'arrière-faix et l'expulse assez rapidement pour que les vaisseaux utérins ne restent pas trop longtemps ouverts et saignants.

Ces différentes conditions sont toujours plus ou moins modifiées par la présence du polype, quelle qu'en soit la nature. La tumeur, comme nous l'avons vu au chapitre II, a pu déterminer une insertion vicieuse du placenta : insertion sur le col ou dans son voisinage ou bien encore sur le polype lui-même. Nous rapportons plusieurs observations qui montrent la possibilité de ce dernier fait et quels accidents en sont la suite. (Hémorrhagie.)

Il est des cas où, immédiatement après l'expulsion de l'enfant et avant celle du placenta, commence un nouveau travail qui a pour but l'expulsion de la tumeur. Le fait peut se présenter surtout dans le cas de polype fibreux volumineux. Si le pédicule de la tumeur est résistant, ce nouveau travail peut durer plusieurs heures, et à chaque arrêt des contractions utérines, il se produit une hémorrhagie interne.

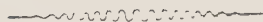
Enfin la tumeur peut déterminer, après la sortie de l'enfant, la contraction isolée d'un segment de l'utérus, ce qui a pour résultat la formation d'une cavité en forme de sablier ; si le placenta est encore au fond de l'utérus, la délivrance ne pourra pas se faire immédiatement par les

seules forces de la nature et il se produira une hémorrhagie, suite de l'enchatonnement du placenta (1).

Nous ne citons que pour mémoire l'inertie utérine qui peut résulter d'un accouchement long et difficile.

On voit que dans toutes ces diverses circonstances le polype détermine de différentes manières un même accident, l'hémorrhagie, dont nous n'avons pas à faire ressortir la gravité.

(1) NOEGELÉ et GRENSER -- *Loc cit.*, p. 717.



OBSERVATIONS

Influence des polypes sur l'accouchement.

INFLUENCE SUR LE TRAVAIL

Observation 21

RAMSBOTHAM. *Med-Times and Gazette* 1853. Vol. VI, p. 12.

Une femme accoucha en 1821. Le jour suivant une grosse tumeur fut expulsée hors de la vulve. On fit des tractions violentes dans l'espoir de l'extraire. R... fut appelé, la replaça dans le vagin et la femme se rétablit. En 1824 elle accoucha de nouveau. La partie inférieure de l'excavation était remplie par une masse que je reconnus être un polype ; des contractions violentes l'expulsèrent en avant de la tête de l'enfant, sans rompre son pédicule épais qui s'insérait au fond de l'utérus. Le placenta fut expulsé sans retard. Nous discutâmes l'opportunité de l'opération, mais nous décidâmes de patienter ; nous avions bien jugé, car cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme se réduisit dans l'espace de quatre mois au volume d'une petite noix. Nous fîmes alors la ligature et le polype tomba au bout de cinq jours.

Observation 22.

VAN DOEWEREN. *In Demarquay et Saint-Vel.* (Résumé.)

Femme de 50 ans primipare. Tumeur fibreuse pédiculée de la grosseur d'une tête de nouveau né. Accouchement spontané après 24 heures de travail. Torsion du pédicule et arrachement de la tumeur. Mort-né en putréfaction.

Observation 23.

FERGUSON. *In R. Lee. — Médic. surg. Trans.* 1835. Vol. XIX.

Une sage-femme voyant que le travail n'avancait pas, fit venir un médecin qui crut reconnaître la tête de l'enfant enclavée à tel point dans le bassin qu'il trouva

urgent d'appliquer le forceps, mais ne parvint pas à amener la tête ; se persuadant qu'il avait réussi à faire descendre un peu la tête et que les contractions utérines feraient le reste, il quitta la malade. En effet, au bout de quelques heures, la voûte crânienne céda, la cervelle s'écoula et un enfant à terme, ramolli, fut extrait par la sage-femme. Deux jours après on me pria de voir cette femme qui se mourait de péritonite. Elle venait d'expulser un polype de la grosseur des deux poings et elle mourut au bout de peu d'heures.

A l'autopsie, nous reconnûmes le point d'insertion du polype au-dessus du col utérin et à ce niveau une ouverture qui pénétrait dans la cavité abdominale. La péritonite avait dû résulter des lésions produites pendant l'accouchement et du passage des liquides dans la cavité par l'ouverture.

Il était évident que le forceps avait été appliqué au polype et non à la tête de l'enfant et que la traction avait déchiré la racine du pédicule au niveau de la rupture.

Observation 24.

J. BELL. *Edimb. med. Journal* 1820, p. 365.

Madame B..., 32 ans, primipare d'une bonne santé antérieure, éprouva des douleurs d'enfantement le 23 juillet 1819. Le 28 on m'appela. Col dilaté, membranes rompues depuis longtemps. Tête au détroit supérieur. Une tumeur charnue de la paroi postérieure de l'utérus, dure incompressible, comprimait le rectum et empêchait la tête d'avancer. Douleurs faibles, état général bon. Je patientai.

Le 29, j'essayai de mobiliser la tumeur, de la comprimer afin de laisser passer la tête, mais je ne pus réussir. Je n'osai pas en réséquer une partie, crainte d'hémorrhagie. La version était impossible, car le doigt ne pouvait passer entre la tête et la tumeur. Ni le forceps, ni le levier n'étaient applicables. L'embryotomie me paraissait trop dangereuse. Etat de la malade très bon. Le même jour, les douleurs reparurent vers le soir et firent avancer un peu la tête. Pour la première fois, il y eut une hémorrhagie considérable, les douleurs cessèrent. J'attirai à moi la tumeur, et réussis peu à peu à l'amener au dehors. L'hémorrhagie cessa, mais la tumeur s'insérait par une large pédicule que je n'osai couper. La femme commençait à souffrir : je perforai la tête et fis l'extraction de toute la voûte, mais je ne pus faire sortir la tête.

Le 30 je pus terminer l'accouchement et retirer le délivre : l'hémorrhagie cessa. Je plaçai deux ligatures sur le col de la tumeur et fis l'excision de la masse. La femme se rétablit parfaitement.

Observation 25.

W. S. GARDINER. *In Dublin Quaterly medical Journal*, 1862, vol. XXXIII, p. 476.

E. F..., âgée de 58 ans, femme de soldat, en travail de son premier enfant le 26 septembre 1860. Présentation de la tête. Le 28 au soir, trouvant la tête très

fortement enclavée, j'essayai le forceps et ne réussissant pas je mandais le docteur Popham qui ne réussit pas davantage : la branche droite passa facilement, mais la gauche ne put être adaptée. Nous fûmes obligés de vider la tête et nous eûmes encore beaucoup de peine à l'amener ainsi que le corps; il y avait contraction de l'arc du pubis et rapprochement des tubérosités de l'ischion. De plus, un polype du volume d'une grosse poire aplatie était venu se placer dans le vagin. Je le reconnus en allant chercher le placenta attaché au fond et retenu par une contraction en sablier.

20 septembre. — Sphacèle des parties superficielles.

1^{er} octobre. — Il existe toujours du sphacèle : douleur. Rétention d'urine qui céda subitement le 4, au moment où une masse de substance molle fut expulsée. Le polype n'existait plus; la guérison fut complète.

L'auteur attribue l'impossibilité d'appliquer le forceps à la présence du polype.

Observation 26.

GUENIOT. In *Gazette des Hôpitaux*, 1864 p. 197.

A. P., âgée de 43 ans; réglée à 15 ans. Six grossesses antérieures normales. En travail depuis 17 heures lorsqu'elle entra à la clinique, 15 novembre 1863. Dernières règles 5 février. *Etat actuel* : Utérus volumineux; Tête du fœtus formant un relief au-dessus du pubis et à droite. Douleur utérine vive, permanente au fond de l'utérus, contractions fortes et soutenues. Col utérin dilaté en avant et à droite; tumeur considérable dans la paroi utérine postérieure à gauche, semblant se continuer avec le reste du corps œdématisé. Cette tumeur s'apprécie parfaitement par le cul de sac vaginal, ses limites supérieures sont hors de portée, mais elle obstrue les deux tiers gauches postérieurs du détroit supérieur. La tête fœtale se reconnaît dans l'espace libre du tiers antérieur droit. Douleur persistante du fond. Cœur fœtal affaibli. Perforation du crâne. Céphalotripsie; terminaison de l'accouchement 22 heures après le début du travail.

Le lendemain frissons, fièvre. Le 2^e jour gonflement douloureux de l'épaule gauche. Au 3^e jour diarrhée, météorismes. 4^e jour, teinte subictérique, vomissements bilieux. Mort le 5^e jour.

Autopsie refusée. La matrice extraite ne présente rien à noter, si ce n'est une tumeur pédiculée, globuleuse, d'une largeur de 8 cent., circonférence, 26 cent.; pédicule long de 3 cent., large de 7 cent., aplati, inséré à la partie inférieure du corps de l'utérus, sur la face interne de la paroi postéro-latérale gauche; elle est formée par un noyau dur avec une capsule de tissu utérin.

« L'auteur fait suivre cette observation de réflexions très étendues, dans lesquelles il indique le côté intéressant de ce fait, qui consiste dans l'impossibilité de diagnostiquer l'état pédiculé du polype à cause de son enchatonnement complet dans le tissu adématisé du col, ce qui l'a fait prendre pour une tumeur sessile : il montre la nécessité de faire des explorations très attentives et de ne pas se priver de l'aide du chloroforme afin d'asseoir sûrement le diagnostic. »

Observation 27.

HARTOG. In *Puchelt, comment. de tumor.*, p. 117. (Résumé.)

Femme âgée de 33 ans. — Après six accouchements difficiles la femme mourut de convulsions à son septième accouchement. L'enfant mourut aussi. On trouva un polype ayant la forme d'une poire, adhérent au fond de l'utérus. Il avait douze doigts de longueur, cinq de diamètre : poids, sept livres ; à l'extérieur on trouvait une substance blanche et résistante, et à l'intérieur une matière hépatique, anorganique et épaisse ; une cavité, remplie de matières muqueuses et de sang coagulé, avait trois pouces sur deux.

Observation 28.

DEPAUL. In thèse de Lefour, p. 135.

M. le professeur Depaul nous racontait, il y a quelques jours, que dans un cas où le polype avait été repoussé au dehors par la tête fœtale, la tumeur, aussitôt la tête passée, entra brusquement dans la cavité utérine, comme attirée par un lien de caoutchouc fortement distendu.

Observation 29.

W.-O. PRIESTLEY. *Obstetrical transactions*. London, 1860, vol. I.

Pendant l'été de 1858, un confrère me pria de voir sa femme qui souffrait depuis longtemps de ménorrhagie et qui s'affaiblissait en conséquence. C'était une femme de 37 ans, très nerveuse, hystérique, mère de deux enfants. Un avortement, depuis son dernier accouchement, accompagné d'hémorrhagie considérable. Col induré, gros, un peu ouvert.

Un peu plus tard, je découvris un petit polype vésiculeux dans la cavité du col et, introduisant une éponge préparée, je détruisis un foyer de petits polypes au moyen d'une curette. Il existait une légère saillie bosselée à la partie postérieure de l'extrémité supérieure de la cavité du col. La malade devint enceinte presque aussitôt.

La période de grossesse fut très pénible. Douleurs et gêne dans la marche ; leucorrhée abondante. Mouvements fœtaux d'une fréquence et vivacité telles que la femme s'attendait à quelque chose d'étrange lors de l'accouchement. De fausses douleurs précédèrent de quelques jours la délivrance.

Le 2 avril 1859, à 9 heures 1/2 du soir, on me manda : les douleurs étaient très fortes ; les eaux écoulées. Le mari m'annonça qu'une masse anormale occupait la paroi postérieure de l'utérus. Je trouvai le col très dilatable, en forme de fissure transversale, lèvres épaisses, tête en O. I. G. A. — A un pouce en dedans du col, se trouvait une masse aplatie, partout adhérente, plus dure que le placenta, et qui aurait pu en être une portion indurée et dégénérée. Pas d'hémor-

rhagie. Je revis la femme à 9 heures du matin le 3 avril. Les douleurs, fortes pendant la nuit, étaient devenues plus faibles et, pendant 36 heures, elles ne survinrent qu'à des époques éloignées. Pas de changement dans l'état des parties. — Le 4, les mouvements fœtaux furent très faibles. La mère craignit pour la vie de l'enfant. Les douleurs revinrent le soir et furent très soutenues pendant la nuit. — Le 5, le col n'avait subi aucun changement. Il était évident que le travail n'avancait pas. Les os du crâne s'entrecroisaient pendant chaque douleur, mais l'utérus descendait en totalité. A la prière de la malade, j'administrai du chloroforme et pu faire un examen suffisant. Je reconnus que la masse n'était pas un placenta, mais la partie inférieure d'une tumeur fibreuse qui mettait obstacle au passage de la tête. La malade était très épuisée et je dus songer aux moyens de terminer le travail artificiellement. La version aurait été dangereuse, et il aurait fallu employer beaucoup de force pour passer la main. Je ne doutais pas de pouvoir employer le forceps, mais il aurait fallu l'appliquer dans la cavité utérine. Sur le désir de mon confrère, M. Murphy se joignit à moi, il approuva l'application du forceps, mais voulut qu'on attendit trois à quatre heures. Le travail n'avança pas au bout de ce temps, et j'appliquai le forceps ; l'introduction a été très facile, ainsi que l'articulation. Il ne fut pas de même de l'extraction ; malgré l'emploi d'une force considérable, je n'arrivai pas à faire descendre la tête. Cependant, voyant que l'utérus ne descendait pas pendant les tractions, je persévérai, et, enfin, la tête commença à se mobiliser, et je pus l'extraire. L'enfant vivait, mais une nouvelle difficulté se présenta : les épaules furent emprisonnées, tout comme la tête, et, seulement au bout d'un temps considérable, je parvins à terminer l'accouchement.

L'enfant, asphyxié, fut rappelé à la vie, mais il fut trouvé mort le lendemain dans le lit de sa nourrice. Le placenta sortit sans retard ; je l'examinai et je constatai qu'il n'y avait aucune lésion produite pendant l'accouchement. Une masse charnue, de plus de deux pouces de longueur, en forme de languette, pendait hors du col. Le toucher me permit de constater qu'elle formait un appendice d'une tumeur fibreuse aplatie, adhérent par une large surface à la paroi postérieure de la cavité utérine. Je résolus de n'y pas toucher et de prendre conseil sur la marche de l'affection. Il y eut une hémorrhagie très abondante, mais la femme alla très bien pendant huit jours. Puis survint de la dysurie accompagnée de tiraillements très douloureux.

Je reconnus que l'utérus était en train de se débarrasser de la tumeur encore adhérente par une large base. Il n'y avait pas d'odeur fétide. Je me contentai de faire plusieurs injections d'eau. Enfin, la tumeur apparut à la vulve, et, comme le ténesme était excessif, je passai la chaîne de l'écraseur, 45 jours après l'accouchement, autour d'une portion rétrécie qui paraissait marquer la limite entre la tumeur et le tissu utérin. L'hémorrhagie fut très forte et la syncope fort grave. Je taponnai. Le lendemain tout alla bien. On dut passer le cathéter pendant plusieurs jours ; à maintes reprises, l'état général avec la fièvre donna de grandes inquiétudes ; cependant la malade se rétablit parfaitement dans la quinzaine sui-

vante. La tumeur aplatie ressemblait à un petit placenta. Elle avait quatre pouces de large et un d'épaisseur au centre. Près du centre se voyait une saillie qui était constituée par une portion du tissu du col.

(La tumeur a dû être interposée d'abord entre le promontoire et la tête qu'elle n'a pas empêché de pénétrer dans la cavité du petit bassin ; cependant elle a mis obstacle à la dilatation du segment inférieur de l'utérus)



INFLUENCE DU POLYPE SUR LA PRÉSENTATION ET LA POSITON DU FŒTUS

1^o *Présentation du sommet.*

Observation 30.

TARNIER. *Observation inédite. In thèse de Lefour.* (Résumé.)

Femme de 32 ans, multipare. Un accouchement à terme qui dura deux jours. Léger prurit vulvaire pendant la grossesse. Fibrôme pédiculé du fond de l'utérus. *Présentation du sommet* O. I. G. A. Accouchement à terme spontané. Travail de 17 heures suivi d'une légère inversion. Délivrance naturelle. Mort. Enfant vivant de 3 kilogrammes.

Observation 31.

GARDINER. *Dublin médical Journal*, 1862. Vol. XXXIII. (Résumé.)

Femme de 30 ans, primipare. Rétrécissement du bassin. Polype fibreux du volume d'une grosse poire. *Présentation du sommet*. 48 heures de travail. Délivrance artificielle. On avait été obligé d'abandonner le forceps et de faire la craniotomie. Expulsion spontanée de la tumeur 8 jours après.

Observation 32.

FERGUSON. *In R. Lee méd. Transact.* 1835. (Résumé.)

1^o Polype fibreux du volume de 2 poings inséré au-dessus du col utérin. *Présentation du sommet*, accouchement à terme. Forceps sur la tête et sur la tumeur. Mort de péritonite par perforation. Mort de l'enfant par fracture du crâne.

2^o Femme multipare. Tumeur fibreuse pédiculée s'insérant sur le corps de l'utérus, molle compressible, du volume d'un œuf de poule. *Présentation du sommet*. Accouchement spontané. Délivrance naturelle suivie d'une hémorrhagie considérable. Guérison, enfant vivant.

Observation 33.

PORRO. *Bulletin de la Société médicale de Boulogne*, 1873. (Résumé.)

Tumeur fibreuse pédiculée de la paroi antérieure et inférieure de l'utérus.
Présentation du sommet. Accouchement spontané à terme. Mort de l'enfant.
Enucléation de la tumeur deux jours après l'accouchement. Guérison.

2^o *Présentation de l'épaule*.

Observation 34.

VIDAL. *In Oldham Guy's Hospital. Report 1852*, 2^e section, vol. VIII, p. 69. (Résumé.)

Une femme d'une quarantaine d'années accoucha à terme de son 7^e enfant.
Présentation de l'épaule. Version difficile. Placenta expulsé difficilement. Le lendemain une grosse tumeur qui s'était abaissée sans douleur et sans hémorrhagie faisait saillie sur le vagin. Pendant la grossesse rien d'extraordinaire si ce n'est la saillie et la dureté de l'abdomen.

3 mois après l'accouchement, on ne trouvait plus trace de la tumeur.

Observation 35.

CAMPA. *Gazette obstétricale de Paris*, T. V. (Résumé.)

Femme de 34 ans, multipare. 5 accouchements, 2 avortements. Tumeur fibreuse pédiculée de l'utérus, du volume d'une tête d'enfant faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement. Avortement au 6^e mois. *Présentation de l'épaule*. Délivrance naturelle. Version. Ligature du pédicule. Guérison. Mort de l'enfant.

Observation 36.

VIDAL. *In Odham*, loc. cit. (Résumé.)

Multipare. Polype fibreux. *Présentation de l'épaule*. Accouchement à terme. Forceps difficile. Augmentation de la tumeur pendant la grossesse. Diminution et ramollissement après l'accouchement. Disparition complète trois mois après.

POLYPES AYANT AMENÉ DES ACCIDENTS AU MOMENT
DE LA DÉLIVRANCE.

Observation 37.

RADFORD. *In Oldham, loc. cit.*, 1842, vol. II, 2^e section. (Résumé.)

1^o Tumeur fibreuse pédiculée. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle suivie d'hémorrhagie. Guérison. Expulsion spontanée de la tumeur sous l'influence de fortes contractions.

2^o Polype fibreux intra utérin du volume d'une tête de fœtus de 6 à 7 mois. Accouchement spontané à terme. Délivrance artificielle. Torsion du pédicule, extraction de la tumeur et du placenta.

Observation 38.

OLDHAM. *Monatschrift für Geburt*. 1853, Band I. (Résumé.)

Polype fibreux dans le col pris pour une inversion de l'utérus. Accouchement à terme. Délivrance artificielle. Version. Guérison. Diminution de la tumeur après l'accouchement. Plus de tumeurs 4 mois après.

Observation 39.

CRISP. *In Oldham, loc. cit.* 1844. (Résumé.)

Femme de 36 ans, multipare. Hémorrhagie pendant les six dernières semaines de la grossesse. Polype fibreux de l'utérus développé sur la paroi droite. Accouchement à terme spontané rapide. Rétention du placenta. Délivrance artificielle. Mort par épuisement. Contractions douloureuses très violentes après l'accouchement sur la tumeur. A l'autopsie, polype pesant 2500 grammes.

Observation 40.

MONTGOMERY. *Dublin medical Journal*, 1835. (Résumé.)

Tumeur fibreuse pédiculée. Accouchement spontané. Rétention du placenta. Tractions violentes sur le cordon. Délivrance artificielle. Ligature du pédicule, 4 mois après l'accouchement. Guérison, enfant vivant. Expulsion spontanée d'une partie de la tumeur, trois mois après l'accouchement.

PLACENTA S'INSÉRANT SUR LE POLYPE

Observation 41.

BRAMWELL. *In Edinburgh méd. Journal*, 1863, vol. VIII. (Résumé.)

Madame F..., âgée de 37 ans, multipare, petite, vit sa santé s'affaiblir, au mois d'octobre 1862. Écoulement vaginal tantôt séreux, tantôt sanguinolent. Règles très abondantes.

Le 1^{er} janvier 1863, une métrorrhagie considérable lui fit croire qu'elle avortait. Le mois suivant, ses règles cessèrent ; elle conserva un écoulement séreux et une gêne considérable dans la région pelvienne et dans le membre inférieur gauche. Anémie notable.

Lorsque je fus mandé, on m'annonça qu'elle avait perdu une grande quantité de sang. Je trouvai le col un peu dilaté ; le lendemain il était très largement dilaté et rempli par une substance très résistante qui remontait jusqu'au tiers supérieur de l'utérus et que je reconnus pour un polype de la grosseur d'un petit œuf de poule ; ce corps était enveloppé de toutes parts par l'œuf que j'enlevais, et l'hémorrhagie cessa immédiatement.

Deux jours après, nous résolûmes d'enlever la tumeur sans plus tarder, jugeant que la dilatation des parties et le défaut de rétraction de l'utérus nous offraient actuellement des conditions qui nous échapperaient bientôt.

Le sommet du polype fut saisi entre deux doigts de la main gauche et abaissé ; l'indicateur de droite armé d'un crochet coupant fut porté jusqu'à la base du polype qui fut sectionné.

Point d'hémorrhagie. Etat fébrile, 2 jours suivants. Guérison.

Observation 42.

BOIVIN ET DUGÈS, p. 381. (Résumé.)

B. ., âgée de 22 ans. Accouchement naturel à terme, suivi 5 heures après sa terminaison de convulsions qui déterminent la mort dans les 24 heures.

Autopsie. — Tumeur rouge brun, 3 pouces sur 2 1/2 ; pulpeuse, rougeâtre, l'aspect cérébriforme à la coupe, insérée par un pédicule plat, presque aussi large que la tumeur, à la paroi postérieure de l'utérus. Une portion du placenta avait adhéré à la base de la face antérieure du polype.

Observation 43.

RAMSBOTHAM. *In med. Times and Gazette*, 1863, vol. II. p. 245. (Résumé.)

Multipare. Hémorrhagies utérines fréquentes depuis trois ans. Actuellement 1865, grossesse de 6 mois ; hémorrhagies continuelles depuis son début ; affaiblissement très grand. Travail commencé, hémorrhagie. Je rompis les membranes ; l'hémor-

rhagie et les douleurs cessèrent et ne reprirent que le lendemain. Accouchement d'un enfant mort. Aussitôt l'enfant né, hémorrhagie accompagnant un caillot du poids de 2 livres. Placenta attaché en grande partie à un polype du volume du poing, inséré au fond de l'utérus par un pédicule du volume de trois doigts.

L'hémorrhagie cessa dès l'enlèvement du placenta ; une sensation douloureuse de resserrement à la base de la poitrine se manifesta ; il n'y eut point de syncope, mais la femme épuisée mourut 12 heures après l'accouchement.

Observation 44.

MONTGOMERY. *Signs and symptoms of Pregnancy*, 1856, 2^e édit., p. 353. (Résumé).

Il possède dans sa collection une pièce où l'on voit un œuf très jeune inséré sur un polype.

Observation 45.

AUBINAIS. *Gazette médicale de Paris*, 1844, p. 548. (Résumé).

Femme de 35 ans. Deux grossesses antérieures normales. A la suite du 2^e accouchement, des métrorrhagies fréquentes pendant 5 ans. Nouvelle grossesse (troisième) accouchement naturel : placenta retenu, rupture du cordon. Le placenta coiffait un polype du volume d'un gros œuf de poule, adhérent au polype par son centre et à l'utérus dans tout son pourtour. L'utérus tendait à se renverser quand on voulait détacher la placenta ; le pédicule était petit et grêle. Torsion et extraction du tout ensemble. Forte adhérence du polype au placenta dans l'étendue d'une pièce de 1 franc. La femme eut depuis une nouvelle grossesse et un accouchement naturel.

Observation 46.

MACFARLANE. *Ingleby's Obstetric medicine*, p. 142. (Résumé.)

Peu après l'accouchement, un énorme polype auquel adhérait le placenta vint se placer dans le vagin tout près de la vulve ; il avait presque la dureté du cartilage et son volume était plus grand que celui d'une tête d'enfant à terme ; le pédicule avait l'épaisseur de trois doigts. On le prit d'abord pour un renversement de l'utérus. Une hémorrhagie considérable suivit l'enlèvement du placenta et la vie ne fut conservée que par l'emploi de stimulants énergiques. Le volume considérable de ce polype doit être rapporté à sa connexité avec le placenta.

LÉSIONS DES PARTIES MATERNELLES PAR UN POLYPE

Observation 47.

ROUX. *Journal de médecine*, 1881.

Le polype avait traversé une rupture des parois du vagin et s'était logé entre ce canal et le rectum.

Voir aussi observation 48

CHAPITRE IV

Influence des Polypes sur la puerpéralité

Immédiatement après la sortie du délivre, commence une nouvelle période, celle des suites de couches, durant laquelle le tissu de l'utérus va subir d'importantes modifications destinées à rendre à l'organe le volume qu'il avait avant la grossesse. La tumeur qui peut-être considérée comme une annexe de l'utérus, subira également une diminution considérable de volume, sauf dans le cas où son tissu est fibreux en majeure partie. (Voir au chap. I, page 16) Ces modifications de la tumeur sont un bienfait pour l'utérus, en ce qu'elles rendent moins fréquents les accidents des dernières semaines de la puerpéralité, et peuvent dans certains cas amener une guérison relative. Mais pendant les premières semaines, la tumeur n'en reste pas moins un obstacle à la rétraction de l'utérus, un foyer d'infection, et une cause de tiraillements sur le fond de l'utérus, d'où trois sortes d'accidents: *hémorrhagie, septicémie, inversion utérine.*

HÉMORRHAGIE. — L'hémorrhagie qui se produit sous l'influence des polypes pendant les suites de couches, peut suivre immédiatement l'expulsion de l'arrière faix, comme elle peut arriver quelques heures ou quelques semaines après l'accouchement. Les sources de l'hémorrhagie sont diverses et le mécanisme de sa production diffère suivant le cas.

a) *L'hémorrhagie précoce* se produit immédiatement après la délivrance ou seulement quelques heures après : elle a généralement pour cause l'inertie utérine; l'organe ne parvient pas à chasser le corps étranger, ne se contracte pas sur lui et durant tout ce temps là, le sang coule par les vaisseaux restés béants. Les hémorrhagies, à ce moment, sont en général considérables, d'autant plus que souvent la tumeur oblitère l'orifice du col utérin et que la vue du sang sur le linge de la femme n'attire pas l'attention des personnes qui environnent la malade.

Les polypes vasculaires peuvent aussi, amener à ce moment des hémorrhagies abondantes, surtout quand le placenta a contracté des adhérences avec la tumeur : dans ce cas, au moment du décollement du placenta les vaisseaux du polype sont déchirés et quand ils sont volumineux il peut en résulter de très graves conséquences.

b) *L'hémorrhagie tardive* provient en général de la contusion, de la meurtrissure du polype pendant l'accouchement, d'où résulte la formation d'escharres plus ou moins étendues; au moment de l'élimination de ces escharres, il se produit nécessairement un écoulement sanguin d'autant plus considérable que les vaisseaux ouverts ont un plus fort calibre. L'hémorrhagie se produit généralement dans les huit premiers jours mais comme on le voit par les observations, on l'a observée quelquefois au bout de trois semaines seulement.

2^o SEPTICÉMIE. — En général, après l'accouchement, on voit se produire un léger mouvement fébrile, qui provient de l'absorption par la plaie utérine, d'une certaine quantité de produits septiques. Dans les cas de polypes intra utérins, comme le tissu de la tumeur a toujours subi pendant l'accouchement un certain nombre de traumatismes, il arrive très souvent que la tumeur se sphacèle en totalité ou en partie. Ce sphacèle s'accompagne d'un écoulement

purulent, sanieux, milieu très favorable à la multiplication des microbes septiques. Dans ces conditions, il est très difficile d'assurer un nettoyage complet de la plaie utérine qui reste exposée inévitablement à l'absorption de produits infectieux. De là des accidents septiques parfois peu graves, mais souvent production de métro-péritonite et d'accidents septicémiques mortels (1).

3^o INVERSION UTÉRINE. — L'inversion utérine que nous ne décrirons pas ici est assez fréquente quand il se trouve dans la cavité de l'utérus après l'accouchement, une tumeur volumineuse et pesante (2). Elle peut être partielle ou totale et se produire immédiatement après l'accouchement ou seulement quelques jours après. Elle est surtout fréquente quand la tumeur a dépassé l'orifice utérin et quand le pédicule n'est pas très long. Des tractions intempestives sur le pédicule de la tumeur ont aussi amené cet accident, et d'autant plus facilement que pendant tout la durée des suites de couches, l'utérus est plus ou moins ramolli par suite de la dégénérescence granulo-graisseuse d'une partie des fibres musculaires. Les limites que nous nous sommes posées, nous empêchent de nous étendre sur cette intéressante question de l'inversion utérine: nous renvoyons à l'ouvrage de Denucé (3), pour ce qui est de la description, des signes du pronostic et du traitement de cet accident.

(1) SIREDEY. — *Maladies puerpérales*. Paris, 1884, p. 472.

(2) NOËGELÉ et GRENSER. Loc. cit. p. 242.

(3) DENUCÉ — *Traité de l'Inversion utérine*. Paris, 1883.



OBSERVATIONS

POLYPES N'AYANT PAS PRODUIT D'ACCIDENTS

Observation 48.

REMY. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} février 1889.

Polype utérin observé au moment de la délivrance. — Hémorrhagie. — Extraction du placenta.
Aucun accident consécutif.

Mme A..., primipare. — M. Remy est appelé, le 5 août 1887, pour terminer l'accouchement. La tête dans l'excavation depuis 3 heures sans faire de progrès malgré la contraction.

Examen : Utérus développé comme il est à terme. A la moitié de sa hauteur du côté droit, il présente une tumeur fibreuse, faisant saillie, du volume d'un abricot. — Le dos est à droite, les battements normaux à droite et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, la tête est descendue, mais n'appuie pas sur le plancher périnéal dans l'intervalle des contractions. La petite fontanelle à droite et en arrière.

Après avoir surveillé le travail pendant à peu près une demi-heure, M. Remy se décide à faire une application de forceps. Extraction lente, malgré cela, déchirure moyenne du périnée.

Hémorrhagie. Introduction de la main dans l'utérus pour achever le décollement du délivre et l'extraire.

Extraction facile du placenta inséré à droite. — Pendant le séjour de la main dans l'utérus, découverte d'une tumeur résistante, en forme de battant de cloche. — Le polype avait une longueur telle que son extrémité arrivait presque jusqu'à l'orifice interne.

Suites de couche normales. — Enfant prend bien le sein. — Pas de coliques ni d'hémorrhagies.

Depuis son accouchement, la femme n'a eu aucune espèce d'accident, ni hémorrhagie, ni coliques. Elle n'a pas expulsé de corps fibreux.

Conclusions. — La femme a présenté un polype utérin qui n'a donné lieu, ni pendant la grossesse, ni après, à aucun phénomène morbide. C'est à l'occasion d'une délivrance artificielle qu'on s'est aperçu de sa présence. Le diagnostic

paraît confirmé par la présence d'un fibrôme interstitiel et par l'intégrité de l'arrière-faix. Quelques exemples démontrent la possibilité d'une grossesse compliquée de polypes utérins qui n'ont paru qu'au moment de la délivrance. Il est remarquable que ce polype n'ait donné lieu, dans la suite, à aucun phénomène ; il semble rationnel d'admettre qu'il s'est atrophié depuis ce moment. — A-t-il été cause du décollement incomplet du délivre en empêchant l'utérus de revenir sur lui-même. Cela est possible, d'autant plus qu'avec la main on arriva facilement à le décoller, ce qui exclut des adhérences solides.

Observation 49.

DEPAUL. *In Gazette des Hôpitaux*, 1868, n° 69.

En 1868, M. le docteur Falieu fut appelé à donner des soins à une dame âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée ; quoique un peu lymphatique, elle jouissait habituellement d'une bonne santé. Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles ; il existait, pendant leur durée, des varices très développées.

Les dernières règles sont survenues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque et de l'ascite, lesquels ont disparu un mois avant l'accouchement à la suite d'évacuations d'urines très abondantes.

Le 15 avril 1868, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires. Le 16, à 11 heures du soir, le véritable travail commença ; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants après cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse, mais bien portante. La délivrance fut facile et, lorsqu'elle fut terminée, M. Falieu introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots ; *il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir*. Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

Les lochies étaient fétides ; il existait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80. Le 20 avril, c'est-à-dire quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eu de douleur vive ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

M. Robin examina la tumeur et constata qu'elle avait une structure semblable à celle de tous les fibromyômes utérins.

Observation 50.

MOON. *In Oldhan, loc. cit* (Résumé.)

Femme de 30 ans. — Polype fibreux intra-utérin du volume d'un gros œuf d'autruche. — Guérison. — Expulsion spontanée du polype par une violente contraction un mois après l'accouchement.

POLYPES AYANT PRODUIT DES HÉMORRHAGIES

Observation 51.

R. GRIEVE. *In Glasgow, méd. Journal*, 1855, vol. II, p. 43.

Madame A..., âgée de 30 ans, mère de 2 enfants de 5 et 3 ans.

4 avril 1851. — Alitée ; excellente santé jusqu'à l'apparition il y a quelques jours, de métrorrhagie accompagnée de douleurs lombaires sourdes. Elle se croyait au 4^e mois de la grossesse. L'utérus au-dessus du pubis. Son état empira et l' inanition progressive détermina le médecin à avoir recours à l'avortement provoqué le 19 mai. On administra à cet effet le seigle ergoté. Fœtus du sexe féminin. L'expulsion du placenta ainsi que du fœtus se fit par les forces naturelles. L'utérus fut trouvé normal.

27 mai. — Retour de l'hémorrhagie et des douleurs lombaires et hypogastriques avec fièvre. Rétablissement lent.

Octobre. — Cessation des règles.

2 février 1852. — Retour de l'hémorrhagie et de la douleur locale. Amélioration.

23 avril. — Nouvelle apparition des symptômes morbides.

26 avril. — Accouchement prématuré spontané d'un enfant de sexe féminin de 7 mois environ qui vécut 6 jours. Rétention du placenta. Extraction avec la main introduite dans l'utérus, cavité normale. Pas d'hémorrhagie. Prompt rétablissement.

25 septembre 1853. — Bonne santé depuis 17 mois. Alitée. En travail. Etat singulier des contractions utérines qui, fortes et expulsives au début, se terminent par un ressaut brusque qui porte l'utérus vers l'épigastre, ce qui produit une vive souffrance. Griève, déjà en 1851, avait pensé à l'existence d'une tumeur, il crut pouvoir ainsi s'expliquer la forme particulière des contractions qui serait due à une interruption dans la continuité des fibres contractiles. Il donna le seigle ergoté et le travail se termina promptement par la naissance d'une fille. Placenta retenu. Hémorrhagie. Extraction à la main. Placenta détaché dans l'étendue de trois pouces dans tout son pourtour tandis que son centre coiffait une tumeur fibreuse, dure, du volume d'un œuf de poule, ovoïde insérée au fond de l'utérus par une large base. Le placenta se détacha comme la framboise se détache de son disque conique. Pas d'hémorrhagie pendant l'extraction. Rétablissement.

Observation 52.

RADFORD. *In Oldham Guy's Hospital Rép.* 2^e série, 1851.

Madame H..., accouchement normal 15 jours auparavant. Depuis l'accouchement, hémorrhagie très abondante et de plus en plus continue. Accès de dou-

leurs violentes et expulsives; ténesme, utérus toujours contracté. Son médecin prescrivit des calmants combinés aux excitants de l'utérus. Je la vis in articulo mortis. Elle mourut 2 à 3 heures après. Je reconnus le col ouvert, et une tumeur dure, allongée de la paroi antérieure qui était renversée. Je tamponnai.

Autopsie. — Elle confirme le diagnostic : Polype pédiculé du corps de l'utérus : circonférence 2 pouces ; circonférence du pédicule 1 pouce 4½.

Observation 53.

OLDHAM. In *Guy's Hospital. Rep.*, 1844. 2^e série, vol. II, p. 122. (Résumé.)

Tumeur identique à la précédente, mais qui s'était développé de bas en haut vers le fond, de façon à ne pas gêner l'accouchement. Elle s'insérait sur la paroi droite, au-dessus du col. Elle pesait 7 livres. Son pédicule avait une circonférence de 10 pouces. Femme morte d'hémorrhagie 4 jours après l'accouchement.

Observation 54.

FORGET. In *Bulletin société de Chirurgie de Paris*, 1868. 2^e série, tome IX, p. 233. (Résumé.)

J'ai été appelé, pendant plusieurs années, à donner des soins à une dame qui 8 jours après un accouchement pratiqué par Hutin et à la suite duquel le placenta avait été extrait en entier, sans aucune déchirure, présenta des pertes abondantes. Lisfranc fut appelé. Le toucher vaginal lui permit de constater la présence d'un polype formant au-dessus du col une légère saillie arrondie. La tumeur remontait dans l'utérus à une hauteur qu'il ne fut pas facile de préciser. Une ligature fut portée à grand peine à une profondeur qui fit croire à Lisfranc qu'il était arrivé au fond de l'utérus.

L'hémorrhagie cessa, et le polype, dont le lien constricteur fut resserré chaque jour, s'engagea dans le vagin à la fin du 4^e jour, après des efforts d'expulsion très douloureux, comme si, dit la malade, un nouvel accouchement avait eu lieu. Ce polype, de consistance molle, d'un tissu rouge brun, très friable par endroits offrait dans son épaisseur des tractus vasculaires sous forme de linéaments et de vacuoles des plus apparents.

Observation 55.

OLDHAM. In *Journal de Chirurgie*, 1844. Cité par Sebileau. (Résumé.)

1^{er} cas. — Une dame âgée de 50 ans, accouchée depuis 3 semaines éprouve tout à coup une hémorrhagie grave jusqu'à la syncope. Des doses répétées d'ergot de seigle produisent au milieu des douleurs de plus en plus fortes et à la fin excessives, une dilatation de l'orifice utérin assez grande pour laisser engager une tumeur et permettre l'introduction de la main. A peine le pédicule est-il embrassé que la main et avec elle un polype ou volume d'un œuf d'autruche sont expulsés par une violente contraction. (Guérison.)

2^e cas. — Peu après son accouchement, une femme qui allait très bien fut prise d'une hémorrhagie qui ne put être arrêtée. Elle succomba au bout de 8 à 10 heures. On trouva à l'autopsie un polype volumineux au fond de l'utérus.

3^e cas. — Immédiatement après l'accouchement, une violente hémorrhagie se déclare. Utérus plus volumineux qu'à l'ordinaire, pas assez pourtant pour faire croire à l'existence d'un second enfant. Le toucher fait reconnaître au-dessus de l'orifice une tumeur ferme, mobile, du volume d'une tête de fœtus à 7 mois, Radford introduit la main dans l'utérus, trouve un pédicule grêle, le tord immédiatement et extrait ensuite tout ensemble le polype et le placenta. L'hémorrhagie se renouvela très considérable encore, mais fut heureusement arrêtée. (Guérison).

Observation 56.

BAILLY. *Gazette des Hôpitaux*, 1888. (Résumé.)

Femme de 32 ans ayant eu 4 accouchements antérieurs. Grossesse normale. Polype fibreux ayant la forme et le volume d'un œuf de poule. Accouchement à terme spontané suivi d'hémorrhagie à partir du 14^e jour. Délivrance naturelle suivie d'hémorrhagie. Ablation du polype. Mort de la femme 19 jours après l'opération. Enfant vivant. Descente de la tumeur qui apparaît à l'orifice utérus 18 jours après l'accouchement.

Observation 57.

FERGUSON. *R. Lee. Surg. Transact*, 1835, vol. XIX. (Résumé.)

Une sage-femme me fit venir pour reconnaître la présentation chez une multipare. Je trouvai une tumeur qui me parut être le scrotum, mais un examen attentif me démontra que la tête se présentait bien qu'elle fut encore élevée. Je suivis la tumeur à l'intérieur du col, au voisinage duquel elle était attachée par un pédicule très mince. Elle était molle et compressible, du volume d'un œuf de poule. La tête en descendant comprima la tumeur contre les parois du bassin et passa sans difficultés. L'enfant était vivant et le placenta suivit tout seul au bout d'un temps considérable. Après son expulsion, je fus témoin de l'hémorrhagie la plus formidable que j'aie jamais vue. La femme fut sauvée à grand peine. Je la revis un an plus tard. La tumeur était comme auparavant de même forme et de même consistance. La femme ne voulut pas se laisser opérer.

Observation 58.

COLLINS. *Bulletin and for. med. review.*, 1842, volume XIV. (Résumé.)

Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 2 livres 1/2. Hémorrhagie peu abondante suivie de l'expulsion spontanée de la tumeur deux jours après l'accouchement. Guérison.

Observation 59.

CHURCHILL. *Diseases of women*, 1864, 5^e édition. (Résumé).

L'hémorrhagie se déclara 10 jours après l'accouchement. Les contractions amenèrent le polype jusqu'au col où on le sentait. L'hémorrhagie s'arrêta naturellement. Un peu plus tard Churchill se disposait à faire la ligature du polype, mais le doigt ne l'atteignait plus. L'hémorrhagie n'avait plus reparu et la femme se rétablit.

POLYPES AYANT PRODUIT DES ACCIDENTS SEPTIQUES

Observation 60.

W. F. MONTGOMERY in *Dub. Quartel. Journal*, 1846, vol. II, p. 65, case XIX.

Le 24 février 1843, accouchement régulier à terme. Aussitôt après on sentit une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme au dedans du col. Après une demi-heure d'attente, le placenta fut expulsé sans hémorrhagie. Le pédicule de la tumeur était à la face postérieure de l'utérus au-dessus du col. On ne sentait pas de partie rétrécie formant pédicule.

Dans les 8 jours suivants, la tumeur devint molle, diminua de volume, puis se ramollit par place, au point de permettre d'y enfoncer le doigt. L'écoulement devint fétide. La masse remplissait le vagin; l'application d'une ligature fut difficile mais à cause de l'état général il devint urgent de se débarrasser de la tumeur. Dix jours après la ligature on excisa tout ce qui se trouvait au-dessous, et 8 jours plus tard on arracha tout ce qui en restait. La femme guérit.

Observation 61.

SEBILEAU, page 49.

Tumeur fibreuse pédiculée de la matrice depuis 2 ans qui avait beaucoup diminuée lorsqu'elle devient enceinte. Accouchement normal. Délivrance naturelle. Ventre très sensible puis ballonné. Mort 3 jours après l'accouchement. A l'autopsie, l'utérus présente sur la paroi postérieure à l'union du col une tumeur du volume d'un poing d'adulte, rougeâtre à l'extérieure un peu molle mais très élastique. Elle refoule le rectum assez fortement en arrière et l'utérus en haut et en avant. Elle tient au tissu utérin par un pédicule large de deux doigts et très court. Ce pédicule s'enfonce dans le tissu utérin jusqu'au tiers externe de l'épaisseur totale.

Observation 62.

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1850, tome 25, p. 364.

Monsieur Alexis Moreau présente une tumeur fibreuse extraite pendant la vie. Femme de 22 ans, primipare, habituellement d'une bonne santé, arrive heureu-

sement au 8^e mois de la grossesse. Accouche facilement d'un enfant vivant, bien conformé. Après la délivrance l'utérus est encore tellement volumineux que l'accoucheur croit à l'existence d'un second enfant que du reste il ne tente pas d'extraire. La sécrétion laiteuse s'établit bien. Le 9^e jour après l'accouchement écoulement sero-sanguinolent. Fièvre violente et lochies sanguinolentes jusqu'au 13^e jour. Vomissements et accidents cérébraux. Le 15^e jour après l'accouchement Moreau appelé examine la malade et reconnaît l'existence d'une tumeur fibreuse du volume d'une tête de fœtus à terme développée dans la partie latérale gauche de l'utérus. L'évacuation n'amène que quelques parcelles. Nouvelles tentatives sans succès le 16^e jour, la tumeur s'engage dans le col et le soir on peut la saisir et l'extraire. Le 19^e jour mort au milieu d'accidents cérébraux. — En plus il cite le fait d'une femme morte à l'hospice de la maternité dans le cours d'une fièvre puerpérale et arrivée au 8^e mois de la gestation malgré l'existence d'un polype utérin volumineux.

Observation 63.

HORWITZ. *On the late relation of fibroid uterine tumours to the puerperal state.*
Journal of Gynecological society of Boston 1869. (Résumé).

1^o Polype fibreux de la paroi antérieure de l'utérus. Accouchement spontané à terme. Destruction spontanée de la tumeur après l'accouchement. Mort le 8^e jour de septicémie.

2^o Polype fibreux du fond de l'utérus. Accouchement spontané à terme. Destruction spontanée de la tumeur. Mort le 11^e jour de septicémie.

3^o Rétrécissement du bassin. Polype fibreux de la paroi postérieure, Accouchement laborieux. Craniotomie. Destruction spontanée de la tumeur. Mort de septicémie le 6^e jour.

Observation 64

HARTOG. *In. Puchelt*, loc. cit.

Femme de 33 ans, multipare. Tumeur fibreuse pédiculée, piriforme adhérente au fond de l'utérus, du poids de sept livres. Avortement à 2 mois 1½. Excision de la tumeur en différentes fois. Mort de péritonite 6 jours après.

Observation 65.

CRUVEILHIER. In thèse de Sébilleau.

Madame C... déjà mère de plusieurs enfants devint grosse et accouche naturellement. Quatorze jours après, douleurs utérines aussi vives que celles de l'accouchement; écoulement infect des matières purulentes; rétention d'urine qui oblige d'avoir recours à la sonde. Le 16^e jour, en sondant la malade, on s'aper-

çoit d'un corps qui tend à sortir du vagin, on le refoule. La nature mieux avisée que l'art l'expulse entièrement. Un 2^e corps étranger se présente. Cette fois on favorise son expulsion. Un 3^e assez volumineux se présente encore, et avant de procéder à son extraction on donne à analyser ces tumeurs Cruveilhier reconnut des fragments de tumeurs fibreuses ramollies, ulcérées. L'écoulement purulent à odeur fétide cessa dès qu'on eut débarrassé la malade ces tumeurs.

Observation 66.

OLDHAM. Observation. In thèse Sébilleau, p. 72.

Une femme accouchée depuis 15 jours n'avait cessé pendant cette quinzaine d'avoir des lochies abondantes, elle avait en outre éprouvé de temps en temps de véritables pertes et de violents paroxysmes de contractions utérines avec pesanteur. Tous les moyens mis en usage furent inutiles ; elle succomba épuisée.

A l'autopsie on trouva un polype de 2 pouces de longueur, engagé à travers l'orifice utérin béant et attaché à la portée antérieure de la matrice qu'il avait renversée.

POLYPES AYANT AMENÉ L'INVERSION UTÉRINE

Observation 67.

GUÉNIOT cité par WEISS. Thèse de Paris, 1873. (Résumé.)

Inversion utérine partielle produite par un polype après l'accouchement.

Le 29 décembre 1867, je fus appelé en consultation par le Dr Sottas. Il s'agissait d'une dame de 21 ans, déjà mère de deux enfants, qui venait d'accoucher pour la 3^e fois après un travail de 12 heures ; l'enfant était mort avant l'accouchement et la grossesse avait été compliquée d'un faible degré d'hydramnios. Des tractions répétées furent pratiquées pour la délivrance, mais sans grand résultat. Celle-ci se produisit plus tard d'elle même, après une douleur et une contraction très énergique. Les tranchées faibles d'abord et plus tard très violentes, se manifestèrent dans le jour suivant et devinrent telles, que la malade poussait des cris comme s'il se fut agit d'un nouveau travail. M. Sottas avait alors reconnu par le toucher l'existence d'une tumeur intra utérine. L'orifice du col large comme une pièce de 5 francs permettait aisément une exploration profonde. Incertain sur la conduite à tenir, il réclama mon assistance ; voici dans quel état nous trouvâmes la malade 36 heures après l'accouchement :

Elle était pâle, et avait éprouvé à plusieurs reprises une sensation de froid : le pouls était à 95. Il existait des tranchées utérines très douloureuses et l'abdomen était très sensible, surtout dans la région sous ombilicale. L'utérus remontait jusqu'à l'ombilic par son côté droit et paraissait déprimé par son côté gauche. Par le toucher on trouvait le col non encore refermé ; ses bords minces et souples

permettaient une exploration facile de la cavité utérine. Presque immédiatement au-dessus de l'orifice, les doigts rencontraient une tumeur grosse comme un œuf de poule et dépendante de la paroi latérale gauche. Cette tumeur de forme arrondie était inégale à sa surface, enfractueuse, composée de saillies et de sillons, et paraissait remonter jusque vers le fond de la cavité. Il ne nous parut pas douteux qu'elle correspondait à la surface d'insertion placentaire.

Observation 68.

Citée par DENUÉ. *Traité de l'inversion utérine*. Paris 1885, p. 214.

BREIDENBACH. — *In Puchelt, Comment. de tumor*. Heidelberg 1840. p. 115.

32 ans, primipare : accouchée à terme et sans difficulté d'un enfant difforme mais vivant. A l'énorme volume du ventre, la sage-femme crut à l'existence d'un second enfant et l'accouchée elle-même en se retournant avait la sensation d'un corps étranger qui changeait de place dans son ventre. Quelques semaines après, écoulement sanguinolent, muqueux et d'une odeur fétide. Douleurs violentes dans la région sacrée. Après quelques jours une tumeur rougeâtre, fibreuse, prise pour une mole fait saillie hors de la vulve. On se décide à l'extraire ; par les tractions le périnée se déchira jusqu'à l'anus. B. reconnut une tumeur fibreuse du volume de la tête d'un fœtus ; elle s'insérait par une large pédicule au fond de l'utérus dont elle avait produit l'inversion. Ce polype fibreux remplissait le vagin ; on en fit la ligature. Breidenbach réséqua une livre et demie environ de cette tumeur et 12 jours après la ligature tomba. La femme guérit.

Observation 69.

RADFORD. *In Oldham, loc. cit.*, 1842, vol. II, 2^e section.

Polype fibreux pédiculé de la paroi antérieure de l'utérus. Accouchement spontané suivi d'inversion partielle. Délivrance naturelle. 15 jours après, contractions utérines très violentes accompagnées d'une hémorrhagie abondante. Mort.



CHAPITRE V

1. — Diagnostic.

D'après ce que nous avons vu précédemment, le diagnostic des polypes du fond et du corps de l'utérus est d'une importance capitale. De la notion de leur existence, de leur volume, de leur nature, résultent pour le médecin, l'explication d'accidents divers et multiples, et des indications que nous formulerons dans le chapitre VI. Nous n'avons pas la prétention de rééditer tout ce que d'autres ont dit mieux que nous sur le diagnostic des polypes intra utérins : nous donnerons seulement quelques indications générales, renvoyant pour les détails aux traités classiques de Courty (1), de Sinéty (2), d'Aran (3), de Sims (4), auxquels nous avons déjà fait de nombreux emprunts pendant la rédaction de notre travail.

Le diagnostic des polypes intra utérins, sauf quelques cas particuliers, est facile pendant l'état de vacuité de l'utérus, pendant l'accouchement, et pendant la suite des couches ; alors rien n'empêche le médecin d'explorer la cavité utérine soit avec le doigt, soit avec les instruments. Pendant la grossesse au contraire, l'accès de la cavité utérine lui est interdit, et tout porte à croire que pendant cette période le diagnostic ne pourra être fait d'une façon certaine que si le

(1) COURTY. — *Loc. cit* p. 128,

(2) DE SINÉTY. — *Loc. cit.* p. 419.

(3) ARAN, — *Loc. cit.* p. 837 et 877.

(4) SIMS. — *Loc. cit.* p. 82 et suiv,

polype apparaît à l'orifice du col (voir obs.). La nature du polype est en général pour beaucoup dans la facilité ou la difficulté que l'on peut avoir à établir le diagnostic : ainsi les polypes fibreux étant plus volumineux seront plus facilement reconnus que les polypes muqueux ou vasculaires qui peuvent dans certains cas être masqués par du mucus ou un caillot sanguin. Il suffit d'être prévenu de ces causes d'erreur pour faire l'examen de la cavité utérine d'une façon aussi complète que possible.

DIAGNOSTIC AVANT LA GROSSESSE. — Comme nous l'avons dit tout à l'heure, il est en général assez facile de reconnaître la présence d'un polype intra utérin pendant cette période : tout est alors de nature à faciliter l'examen de la cavité utérine, et les progrès des méthodes exploratrices nous permettent d'arriver à un diagnostic certain.

Comme nous l'avons vu au chapitre I, les polypes se manifestent par des *symptômes subjectifs* (hémorrhagie, leucorrhée, douleurs, etc.), et par des *symptômes objectifs* (présence de la tumeur reconnue au moyen du toucher, au moyen de la sonde, reconnaissance du pédicule ; souvent même la tumeur est accessible à la vue). La seule erreur possible est la confusion du polype avec une inversion utérine ou avec des excroissances cancéreuses. Nous ne rapporterons pas les nombreux moyens qui rendent actuellement presque impossible la confusion d'un polype avec une inversion utérine. Depuis les cas malheureux de Tillaux et de Denucé, surtout depuis la publication par ce dernier d'un ouvrage très complet sur la question, il faudrait une inattention coupable pour tomber dans une telle erreur. Quant à la confusion d'un polype avec une excroissance cancéreuse, outre que l'extirpation de la tumeur n'aurait aucun inconvénient, il nous semble que par l'examen microscopique d'une parcelle du néoplasme on pourrait toujours rectifier son diagnostic.

DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE. — Pendant toute la période de la grossesse, la cavité utérine est inaccessible, et la plupart du temps les symptômes subjectifs manquent complètement ou sont très vagues. Cependant nous avons vu que c'est généralement pendant les sept premiers mois que l'avortement peut se faire ; on peut alors, dans quelques cas, arriver à un certain degré de probabilité de l'existence d'un polype, mais la plupart du temps le diagnostic ne pourra être porté qu'après l'avortement. Il peut cependant se présenter des cas, et à notre connaissance ils sont très rares, où un polype intra utérin (fibreux) s'est montré au dehors sans provoquer l'avortement. Dans cette circonstance, rien de plus facile que de poser un diagnostic exact, le toucher suffirait à la rigueur pour reconnaître exactement la nature, le volume et la forme de la tumeur.

DIAGNOSTIC PENDANT LE TRAVAIL. — Au chapitre III, nous avons vu qu'un polype volumineux (fibreux) est parfois poussé en avant par la partie fœtale, qu'il s'engage le premier à la vulve. Le diagnostic est alors élémentaire. Mais il est des cas où la partie fœtale s'engage en même temps que la tumeur et la couvre si complètement que le doigt ne rencontre rien d'anormal. Comme dans ce cas la tumeur s'oppose généralement à la progression du fœtus, il est indiqué d'essayer de repousser celui-ci dans la cavité utérine si l'engagement n'est pas trop avancé : on pourra alors constater l'existence de la tumeur et procéder à la version s'il y a lieu, comme nous le verrons au chapitre VI. Enfin, et seulement pour mémoire, nous dirons que dans les cas favorables, la tumeur ne gêne en rien la progression de l'enfant, ne produit pas d'hémorrhagie ni aucune espèce de désordres ; le diagnostic à ce moment est presque inutile, car il sera toujours temps de le faire quand l'enfant aura été expulsé.

DIAGNOSTIC AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE. — A ce moment, le diagnostic est rendu plus facile : d'abord parce que la cavité utérine ne contient plus le fœtus, et ensuite parce que le polype, ayant subi, comme nous l'avons vu au chapitre premier, un certain degré d'hypertrophie pendant la grossesse, sera, par là même, plus accessible à nos moyens d'investigation. Nous avons montré, du reste, au chapitre III qu'il se produit à ce moment, en règle générale, des accidents graves qui forceront le médecin à introduire la main dans l'utérus pour se rendre compte de la cause des accidents.

DIAGNOSTIC PENDANT LES SUITES DE COUCHES. — Les symptômes des polypes pendant les suites de couches ont été énumérés au chapitre IV : l'hémorrhagie, la septicémie sont des accidents fréquents, et, durant toute cette période, les symptômes objectifs peuvent être constatés. Il faut être cependant prévenu que, durant toute la puerpéralité, l'inversion utérine et le prolapsus utérin peuvent se produire et qu'il y aura souvent quelque difficulté à bien reconnaître la nature du corps qui se présente à la vulve ou qui occupe la cavité du vagin.



2. — Pronostic.

Après ce que nous avons dit des accidents, suites malheureusement trop fréquentes de la présence d'un polype dans la cavité utérine, le pronostic s'impose en quelque sorte et doit forcément nous amener aux indications et au traitement que nous indiquerons dans le chapitre suivant. Ce n'est pas à dire que fatalement un polype doive produire l'avortement, des hémorrhagies répétées ou l'infection purulente; nous avons rapporté un certain nombre d'observations qui démontrent jusqu'à quel point l'utérus est parfois tolérant pour les polypes. Il n'en est pas moins indubitable que ces tumeurs peuvent amener, un jour ou l'autre, des accidents, que la vie du fœtus et de la mère sont souvent compromises et, qu'en un mot, le pronostic des polypes intra utérins, surtout pendant et après la grossesse, est toujours très sérieux. Du reste, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et leur opinion générale est parfaitement résumée par M. le professeur Depaul en ces quelques paroles : « Mieux conseillée, la malade ne se fut pas mariée. »

Il convient donc d'examiner quel pronostic nous devons porter, avant, pendant et après la grossesse.

PRONOSTIC AVANT LA GROSSESSE. — L'influence des polypes intra utérins, quelle qu'en soit la nature, sur les fonctions de l'utérus à l'état de vacuité, l'infirmité parfois dégoûtante qu'ils produisent, l'affaiblissement de la femme, enfin la stérilité qui, dans bien des cas, est la conséquence de leur présence, rendent sérieux un pronostic très bénin en ce qui comporte la malignité de la tumeur. Les polypes, en effet, ne se généralisent jamais, leur récurrence est exceptionnelle si tant est qu'elle puisse arriver.

PRONOSTIC PENDANT LA GROSSESSE. — Comme nous l'avons vu au chapitre II, c'est surtout pendant les sept premiers mois que l'avortement se produit dans les cas de polypes du fond et du corps de la matrice.

Pour la mère, il doit toujours être réservé, par suite des hémorrhagies du travail et de la délivrance qui se produisent inévitablement à la suite de l'avortement.

Pour l'enfant, le pronostic est grave tant que la grossesse n'est pas arrivée à l'époque de sa viabilité. Mais quand la grossesse est arrivée sans accidents graves jusqu'au huitième mois, on peut espérer qu'elle se continuera sans accidents, comme nous l'avons montré au chapitre précédent.

PRONOSTIC PENDANT LE TRAVAIL. — Quand il s'agit d'un polype fibreux volumineux, le principal danger, pour la mère et pour l'enfant, est le rétrécissement possible de la filière pelvienne, par l'engagement du polype en même temps que la partie fœtale qui se présente la première. Quand c'est un polype vasculaire ou muqueux, c'est l'hémorrhagie qui doit faire naître les craintes les plus graves. Dans un cas comme dans l'autre, le pronostic est très sérieux. (Voir au chapitre III.)

PRONOSTIC AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE. — Que l'enfant soit mort ou qu'il soit hors de danger, nous n'avons plus à nous en occuper ; mais le sort de la mère est encore en jeu, et une hémorrhagie grave peut être la conséquence de la présence du polype dans l'utérus. C'est à ce moment surtout que le pronostic est des plus graves, car on ne peut jamais être certain de pouvoir arrêter le cours du sang, surtout quand l'utérus est en état d'inertie.

PRONOSTIC PENDANT LES SUITES DE COUCHES. — Grave encore durant cette période, le pronostic l'est moins qu'au moment de la délivrance, les moyens que nous possédons nous permettant d'enrayer, presque à coup sûr, les accidents quels qu'ils soient.

CHAPITRE VI

1^o Indications.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les polypes sont des tumeurs bénignes par elles-mêmes, mais qui produisent des accidents très graves par leur présence dans la cavité utérine ; ces accidents sont divers suivant l'état de vacuité ou de gravidité de la matrice. A tous les moments de leur existence, la nature nous montre que nous devons les considérer comme des corps étrangers et qu'à ce titre ils doivent être éliminés : les douleurs et les contractions parfois si violentes de l'utérus ne sont elles pas des signes certains que l'organe cherche à tout prix à se débarrasser de la tumeur qui l'irrite ; le pédicule lui-même n'est-il pas une preuve indiscutable d'un commencement d'élimination ? Nous ne pouvons mieux faire que d'aider les forces naturelles quand elles sont impuissantes à atteindre leur but, nous devons y suppléer quand elles sont épuisées. L'indication générale est pour nous d'enlever le polype toutes les fois qu'il a été bien reconnu et qu'il est accessible.

Comme nous l'avons déjà fait dans tout le cours de notre travail, nous étudierons successivement avant la grossesse, pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement quelles indications découlent de la présence d'un polype dans la cavité utérine.

INDICATIONS AVANT LA GROSSESSE. — Nous avons vu qu'à l'état de vacuité de l'utérus les polypes intra utérins étaient en général facilement accessibles : l'éponge préparée, la tige

de laminaria nous permettent de dilater le col et de pénétrer dans la cavité utérine avec des instruments. Rien ne nous empêchera donc d'enlever le polype. De cette manière d'agir résulteront des avantages considérables : s'il n'y a pas d'accidents, une cause fréquente de métrite, de leucorrhée, d'hémorrhagie sera supprimée ; comme conséquence : fécondation rendue beaucoup plus sûre et espoir justifié de voir, la grossesse se terminer sans accidents, le travail sans difficulté et les suites de couches sans hémorrhagie ni septicémie. Si au contraire la femme est atteinte de métrite, d'hémorrhagie, de douleurs, le seul moyen d'arriver à un résultat favorable sera de commencer le traitement par l'extirpation du corps étranger. Cette indication est justifiée par les nombreux succès obtenus par Levret, Dupuytren, Lisfranc, Gerdy, Velpeau, Aran, Guéniot, Sims, Emmet et tant d'autres (voir index bibliographique) aux ouvrages desquels nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur.

INDICATIONS PENDANT LA GROSSESSE. — Pendant toute cette période, il n'y a rien à faire ; l'accès de la cavité utérine nous est interdit, et l'avortement serait la conséquence inévitable des tentatives d'exploration même les plus réservées. Il est des cas cependant où l'indication d'intervenir s'impose : par exemple quand il y a une coexistence d'un rétrécissement du bassin et d'un polype fibreux volumineux. On devra alors par l'avortement provoqué ou par l'accouchement prématuré artificiel, suivant les circonstances faciliter l'accomplissement du travail. Nous rapportons à la fin du chapitre une observation où l'on voit qu'un polype très volumineux a pu sans interrompre le cours de la grossesse apparaître à l'orifice du col. L'indication d'enlever le polype dans un cas semblable serait bien nette et nous n'avons pas besoin de la justifier.

INDICATIONS PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — L'intervention du chirurgien dépend à ce moment de la nature et de l'in-

tensité des accidents. Si le polype est de nature fibreuse, si son pédicule est court et peu élastique, si enfin le corps de la tumeur est volumineux et situé de façon à obstruer une partie quelconque de la filière pelvienne, l'indication suivant M. Depaul est d'employer le forceps, suivant M. Tarnier de pratiquer la version. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à la discussion qui eut lieu à ce sujet en 1869, à l'Académie de chirurgie : on y trouvera les arguments que ces deux éminents professeurs apportent à l'appui de leur thèse.

L'hémorrhagie qu'entraîne à ce moment la présence des polypes vasculaires, nécessite la terminaison rapide de l'accouchement : suivant les circonstances on emploiera le forceps ou on pratiquera la version.

Au moment de la délivrance, il se produit très souvent nous l'avons vu, une hémorrhagie qui met en danger les jours de la femme. L'indication formelle est alors de délivrer la femme le plus tôt possible, et si on le peut à ce moment d'enlever le polype pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même. Les observations que nous rapportons justifient cette pratique et montrent qu'en agissant ainsi on ne peut porter aucun préjudice à la femme.

INDICATIONS PENDANT LES SUITES DES COUCHES. — Pour couper court à tous les accidents qui peuvent se produire à ce moment, et surtout pour les éviter, la seule pratique rationnelle est d'enlever la tumeur aussitôt qu'on le peut. Certains auteurs veulent qu'on attende quelques jours avant de pratiquer l'opération. Aujourd'hui, grâce aux progrès des méthodes chirurgicales et à la méthode antiseptique, il nous semble qu'on aurait tort de perdre du temps. Certains polypes, nous l'avons vu, rentrent avec une grande rapidité dans la cavité utérine, quelques heures suffisent pour qu'ils

deviennent inaccessibles, on aurait donc tort de laisser échapper l'occasion de débarrasser la femme de sa tumeur et par là de supprimer une cause fréquente d'accidents redoutables.



2° Traitement.

Le traitement des polypes a fait l'objet de nombreux travaux. Beaucoup de médecins ont pensé qu'au moyen d'un *traitement local* (caustiques, chlorure de calcium, iode) aidé d'un *traitement général* (arsenic, mercure, phosphore, iodures) on pouvait espérer produire soit l'atrophie, soit la dégénérescence ou la fonte des polypes. Leur attente a été trompée, et de nombreux insuccès ont prouvé, à différentes reprises, que cette voie n'était pas la bonne.

D'autres, utilisant l'action de l'ergot de seigle sur la fibre utérine, ont essayé de produire l'élimination spontanée de ces tumeurs. Dans les cas de polypes fibreux, ils ont, en partie, réussi ; mais ce traitement exige beaucoup de temps, et, bien souvent, malgré tous les soins, la malade n'a pas été guérie. Dans certains cas cependant, ce traitement pourrait être institué comme préparatoire au traitement chirurgical des polypes.

Les chirurgiens extrêmement nombreux, qui se sont occupés de la question, ont imaginé une foule d'instruments plus ou moins compliqués pour saisir, attirer, lier, tordre, arracher, énucléer les polypes. Depuis le mémoire de Levret (1747) on ne compte plus les porte-nœuds, les serre-nœuds, les pinces, les érignes que chacun a trouvé bon de perfectionner et, parfois, de réinventer. Nous ne décrirons pas tous ces instruments ; beaucoup sont tombés dans l'oubli. Pour ceux qui sont restés dans l'arsenal usuel, on en trouvera la description dans l'ouvrage de Gaujot et Spillmann (1). Au milieu de ceux-

(1) GAUJOT et SPILLMANN. — *Arsenal de la chirurgie*, p. 949, Paris, 1872.

ci, il nous semble cependant que l'on peut faire un choix, et, qu'avec un serre-nœud de Maisonneuve, un écraseur de Chassaignac, une paire de ciseaux courbes sur le plat et munis de longues branches, et des instruments de trousse ordinaire, on peut arriver à extirper tous les polypes imaginables. Dans ces dernières années, l'anse galvanique a aussi rendu des services en permettant de sectionner le pédicule sans écoulement de sang.

Quant aux procédés opératoires, ils sont très nombreux : strangulation, arrachement, torsion, excision, etc. En somme, tous ces procédés peuvent être rangés en deux catégories : *procédés lents*, *procédés rapides*.

1^o PROCÉDÉS LENTS. — Un fil, passé autour du pédicule du polype, est serré tous les jours un peu au moyen d'un instrument assez volumineux qu'on laisse dans les voies génitales de la femme. Au bout de huit ou dix jours le pédicule est sectionné et l'on retire la tumeur et l'instrument.

2^o PROCÉDÉS RAPIDES. — Quel que soit le moyen d'exérèse, ciseaux, serre-nœud, écraseur ou anse galvanique, on ne laisse l'instrument que quelques minutes en contact avec les voies génitales de la femme. La désinfection des instruments et du champ opératoire a été opérée préalablement. Des injections antiseptiques et un pansement de Lister suivent l'opération. S'il y a hémorrhagie, on l'arrête au moyen du perchlorure de fer ou du tamponnement.

C'est la crainte de l'hémorrhagie qui a fait imaginer les procédés lents ; c'est la crainte de la septicémie qui a fait imaginer les procédés rapides. Avec les premiers, on avait très souvent de la péritonite et des accidents septiques mortels. Avec les seconds, les succès ne se comptent plus, à peine a-t-on quelquefois une hémorrhagie difficile à arrêter ou un peu de fièvre traumatique.

On voit, par ce que nous venons de dire, que bien des accidents produits par les polypes intra utérins peuvent être évités quand on s'y prend de bonne heure pour les extirper, et en employant les procédés de la chirurgie actuelle.



OBSERVATIONS

Observation 70.

J. AIKIN. *Méd. and philosoph. Comment. Edinburgh*, 1874, vol. p. 4.

Madame P..., mère de plusieurs enfants, accouchait le 23 octobre 1773 d'un fœtus peu développé mort avant l'accouchement.

La sage-femme, voyant le ventre encore très distendu, soupçonna une grossesse gémellaire et me fit venir. Je trouvai le placenta dans le vagin et je l'extrayai. Je ne sentis par le toucher vaginal aucune présentation. En palpant l'abdomen je reconnus à travers les segments amincis, une masse solide volumineuse, de forme irrégulière et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Je ne doutai pas que ce ne fut un second enfant et je crus même reconnaître, dans les irrégularités de la surface ses membres et son corps.

Comme la malade était très affaiblie, mais qu'il n'y avait ni hémorrhagie ni douleur, je crus devoir patienter et je la quittai.

Le lendemain la tumeur était un peu moins volumineuse : les lochies d'abord normales, devinrent copieuses puis épaisses et de mauvais aspect.

La tumeur diminua, se ramollit et au bout de 15 jours elle n'existait plus. La malade se rétablit.

Son ventre avait atteint un volume considérable pendant cette grossesse ; elle avait eu des douleurs fixes dans le point qu'occupait la tumeur et avait éprouvé de la perte d'appétit, de la soif et des accès fébriles.

Six semaines après son accouchement sa santé devint meilleure qu'elle n'avait jamais été depuis bien des années.

Observation 71.

LEVRET. *Mémoires de l'Académie de chirurgie* 1757. T. III, p. 533, obs. XV et XVI.

GUIOT 1752. — Une femme nouvellement accouchée. Tumeur considérable sortie du vagin qu'on prit d'abord pour un renversement de l'utérus. Guiot reconnut que c'était une espèce de polype utérin dont la racine qui partait de l'intérieur de l'utérus se prolongeait à travers son orifice, au côté droit duquel elle s'était soudée. Le pédicule isolé et libre large de deux travers de doigt. Corps de la tumeur gros comme une tête de fœtus à terme. Ligature puis excision : guérison.

Observation 72.

HOLYOAKE. In *Smellie*, 1778. Vol. II. (Résumé.)

Placenta expulsé naturellement. Utérus resté volumineux. H. introduisit la main dans l'utérus et trouva une grosse masse charnue à gauche du fond ; elle offrait à sa surface des saillies en forme de pis de vache. Il sépara cette masse de l'utérus en employant beaucoup de force ; elle pesait près de 2 livres et avait la structure d'un polype (1750).

Observation 73.

HORWITZ. *Journal of Gynecological Society of Boston*, 1859. (Résumé.)

Polype fibreux volumineux de l'utérus. Accouchement prématuré au 7^e mois. Ablation le 6^e jour après l'accouchement quand la tumeur commençait à tomber en putrilage et à déterminer des accidents de septicémie. Guérison.

Observation 74.

FISCHER. *Let. für W. in Geburt*, 1875. (Résumé.)

Fibrôme pédiculé long de 8 centimètres placé dans l'orifice utérin. Accouchement spontané. Extirpation de la tumeur au moment de l'accouchement. Guérison.

Observation 75.

VALERIUS. *Gazette médicale de Paris*, 1862. (Résumé.)

Femme de 32 ans, multipare. Polype fibreux au fond de l'utérus du volume d'une tête de fœtus. Ligature du pédicule après l'accouchement. Chute du polype 15 jours après l'accouchement.

Observation 76.

IN MARION SIMS. *Chirurgie utérine. Trad. Lhéritier*. Paris 1866, p. 99.

Cessation complète des accidents après l'enlèvement du polype.

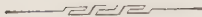
A..., âgée de 26 ans, donna le jour à son unique enfant, quand elle n'avait encore que 14 ans, et plus tard, elle avait eu deux ou trois fausses couches aux environs du 3^e mois. Depuis plusieurs années elle avait une ménorrhagie très abondante avec caillots et qui durait ordinairement 10 ou 12 jours. Elle ressentait des tranchées violentes durant tout le temps du flux, et chose assez singulière, ces tranchées étaient pires dans la matinée. Cette malade fut envoyée à l'hôpital des femmes de New-York par le professeur J.-C. Nott de Mobile. La matrice évidemment agrandie, occupait une position normale, et l'orifice admettait le bout du doigt jusqu'à la profondeur de l'ongle. C'était précisément l'époque des menstrues et un écoulement muco purulent très abondant s'échappait de la cavité

utérine. Pendant longtemps les souffrances de la femme avaient été un mystère ; une tente-éponge le dévoila en quelques heures : un polype était attaché au fond de l'utérus par un pédicule épais et court. Il était impossible à cause de l'étroitesse comparative du canal, d'appliquer la chaîne de l'écraseur au moyen d'une canule de Gooch, je passais un gros fil de pêcheur autour du pédicule que je séparais avec l'écraseur à vis. Il avait été difficile de trouver un fil assez fort pour trancher le tissu fibreux. Guérison.

Observation 77.

Mémoire de M. Pécot. *Archives générales de médecine*, 1857, 2^e série, tome 14, p. 382.

Femme de 39 ans qui ayant accouché heureusement et ayant repris au 12^e jour de ses couches ses occupations, fut prise d'une métrorrhagie qui la réduisit à un état de faiblesse excessive. M. Pécot appelé alors trouve le col de l'utérus presque dans le même état qu'il est immédiatement après l'accouchement. Il porte la main dans la matrice et y rencontre une masse charnue qu'il déchire en cherchant à l'attirer au dehors. L'hémorrhagie devient alors plus abondante. La malade perd connaissance et tombe en syncope. M. Pécot reporte la main dans le vagin, saisit le polype à pleine main et l'arrache. Le polype qui avait le volume d'un œuf étant enlevé, le sang cessa de couler ; la malade se rétablit rapidement.



CONCLUSIONS

I. — Les polypes intra utérins, quelle que soit leur nature, sont une cause de graves désordres.

II. — Ils amènent souvent la stérilité.

III. — Ils peuvent interrompre le cours de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable.

IV. — Pendant le travail, ils peuvent s'opposer, plus ou moins, au passage de l'enfant, et, au moment de la délivrance, ils produisent très souvent des hémorrhagies.

V. — Pendant la puerpéralité, ils sont la cause d'hémorrhagies et d'accidents septiques.

VI. — Leur diagnostic est généralement facile, sauf pendant la grossesse.

VII. — Leur pronostic est souvent très grave.

VIII. — Il convient de les enlever aussitôt qu'ils sont accessibles et que l'ablation en est possible.

VU :

Le Président de la thèse,
A. HERGOTT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 11 juillet 1889,
Le Recteur,
M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- *ABEILLE. — Traité des maladies chroniques de l'utérus, Paris, 1877.
- ALLPORT. — Lancet London, 1845, p. 430.
- *AMELINE. — Thèse Paris, 1881.
- ANSIAUX. — Clinique chirurgicale. Liège, 1816.
- *ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris, 1858, p. 834 et suiv.
- *BARNES. — Obstetrical trans., vol. III, et traité cliniq. des mal. des femmes. Paris, 1876.
- *BAYLE. — Dictionnaire des sciences médicales. Paris, 1813, t. VII, p. 72.
- *BAILLY. — Gazette des Hôpitaux. 1880.
- *BALADE. — Thèse de Paris. 1875.
- *BERNUTZ et GOUPIL. — Clin. méd. sur les mal. des femmes. Paris, 1862, passim.
- BEIGEL. — Krankheiten der weiblichen Geschlechts. Erlangen, 1876. 420-442-474, fasc. 4^e, p. 13.
- BERNAUDEAUX. — Thèse de Paris, 1857.
- *BÉRARD. — Dissertation sur différents points d'anat. path. Thèse Paris, 1826. — Archiv. gén. de méd. 1826, t. XI, p. 84.
- *BILLROTH. — Handbuch der Frauenkrankheiten. Stutgardt, 1877, vol. I, fasc. 3^e, p. 234.
- *BLOT. — Bulletin de la société de chirurgie, 1868 et 1869.

(1) Nous faisons précéder d'une * les indications bibliographiques qu'il nous a été possible de vérifier par nous même.

- *BOIVIN et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1833.
- *BOYER. — Bull. de l'acad., t. IX, 1844, p. 370 et Revue médic., 1844 et oct. 1846.
- *BRESLAU. — Monatsch. fur Geb., 1863, et Bullet. de Thérap. Paris, 1866, vol. LXXI, p. 253.
- *BROCA. — Traité des tumeurs. T. II, p. 273 et 274.
- *BRONKILLO. — Thèse de Paris, 1881.
- BRULATOUR. — Journal de médecine de Bordeaux. Déc. 1844.
- *BRAULT. — Thèse de Paris, 1880.
- BUDIN. — Obstétrique et Gynécol. Paris, 1886.
- CAMBERNON. — Considérations anatomo-pathologiques sur les polypes utérins. Paris, 1840.
- CAMPA. — Gazette obstétricale de Paris, t. V.
- *CHAHBAZIAN. — Thèse de Paris, 1882.
- *CHURCHILL et LEBLOND. — Traité prat. des malad. des femmes. Paris, 1874.
- COLLINS. — In Bullet. et foreig. méd. Rev. 1844.
- CONRADT. — Handbuch der pathologischen anatomie. Hannover, 1796.
- COHNSTEIN. — Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin, 1871.
- *COURTY. — Maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1881.
- CRISP. — In Oldham. Guy's Hosp., reports, 1844.
- DANCE. — Revue médicale 1830, t. XXXVIII, p. 408.
- *DANYAU. — Journal de chirurg. de Malgaigne.
- *DENUCÉ. — Traité clinique de l'inversion utérine. Paris, 1883.
- *DEMARQUAY et ST-VEL. — Traité cliniq. des malad. de l'utérus. Paris, 1876.
- *DEPAUL. — Bulletin de la société de chirurgie. Paris, 1868 et 1869.
- *DIÉGO ROBLES. — Thèse de Paris, 1879.
- *DOLERIS. — Archives de Tocologie, 1883.
- *DUBAR. — Thèse de Paris, 1864.
- DUCLOS. — Moniteur des Hôpitaux, 1857. p. 429.
- *DUPUYTREN. — Cité par Demarquay et St-Vel.
- *VAN DEWEREN. — Cité par Demarquay et St-Vel.

- *EMMET. — Pratique des malad. des femmes. Trad. Olivier. Paris, 1887.
- *ETCHEVERRY. — Thèse de Paris, 1864.
- FERGUSON. — In R. Lee. méd. surg. trans. 1835.
- FERRIER. — Thèse de Paris, 1854.
- FISCHER. — Leitf. Wiener in Geburt, 1875.
- FORGET. — Bulletin de la société de Paris, 1868 et 1869. Bulletin de thérapeutique, 1830.
- *GALLARD. — Leçons cliniq. sur les mal. de l'utérus. Paris, 1873.
- *GALLIARD Thomas. Americ. Journ. Of. Obst., 1876, et traité pratique trad. par Lutaud. Paris, 1879.
- GARDINER. — Dublin méd. journal, 1862, vol. XXXIII.
- *GERDY. — Des polypes utérins et de leur traitement. Paris, 1830.
- GOOCH. — Diseases of women. London, 1831.
- GRIFFITH. — Lancet. London, 1829, t. I., p. 24.
- *GUÉNIOT. — Gazette des hop., 1864, p. 197 et 1872, p. 244. Bult. soc. chir. Paris, 1868 et 1869.
- *GUYON. — Thèse d'agrégation. Paris, 1860.
- *GAUJOT et SPILLMANN. — Arsenal de la chirurgie. Paris, 1872, p. 949.
- *HARLEY. — Lancet London, 1859, p. 510.
- HARTOG. — In Puchelt. Heidelberg, 1840.
- *HEGAR et KALTENBACH. — Opérative Gynœkol. Stutgardt, 1874, p. 255.
- HERVEZ de CHEGOIN. — Journal de médecine, 1827.
- HORWITZ. — In journal of Gynecol. Society of Boston, 1869.
- HILDEBRANDT. — Ueber. fibr. Polyp des utér. Volkman's Sammlung. Kl. Vortr, 1872.
- *HUC. — Bulletin de la société de chir. de Paris, 1875.
- HUC. — Lancet, London, 1828, p. 311.
- *HUGUIER. — Mémoires de la société de chirurgie, t. I.
- *HUTER. — Compendium der Geburtshilfflichen, operat. Leipzig, 1874, p. 40.
- INGLEBY. — Obstétrical médecine. London. 1836 et Clinique-Philadelphia, 1841.
- JARJAVAY. — Thèse d'agrégation. Paris, 1850.

- *KATZ. — Thèse de Nancy, 1884.
KIVISCH. — Klinische Vorträge. Prague, 1854.
*KEBERLÉ. — Mémoires de l'Acad. de méd., 1869.
*LAMBERT. — Thèse de Paris, 1870.
*LARCHER. — Arch. gén. de Méd. 1867 et 1869. Société de médecine, 13 nov. 1875.
LAWSON TAIT. — Diseases of Women. — Londres 1877.
*LEBLOND. — Traité élém. de chirurg. gynécol. Paris 1878.
LEE (S). — On tum. of the uterus. — London 1847.
*LEE (R). — Gazette méd. de Paris, 1838 p. 369.
*LEFOUR. — Thèse d'agrég., Paris 1880.
LEOPOLD. — Archiv. für Gynækol, 1878.
*LEVANNER. — Arch. génér. de méd. 1826, p. 467.
LEVER (W) — Guy's Hosp. Reports 1852, vol. VIII.
*LEVRET. — Traité des polypes. Paris, 1771.
LIHÉRITIER. — Traité complet des mal. des femmes. Paris 1838.
*LISFRANC. — Cliniq. chirurg. de la Pitié, 1841 à 1843.
*LOMBE ATTHILL. — Annales de Gynécol. 1882. vol II, p. 116.
Maladies des femmes. Dradi. Lavoie, Paris 1832, p. 106.
MACFARLANE. — Ingleby's obstetr. méd. par 142.
MADGE. — Obstetr. transact. London 1862.
MALGAIGNE. — Thèse d'Agrég. 1832.
MARCHAL DE CALVI. — Annales de chirurg. fr. et étrang. 1825.
*MARJOLIN. — Dictionnaire de méd. en 30 volumes art. utérus.
*MARTINEAU. — Traité cliniq. des malad. de l'utérus. — Paris 1878.
*MERNER. — Thèse de Paris 1883.
MOON — In Oldham. Guy's Hosp. Rep. 1852 vol VIII.
*MONTFUMAT. — Thèse de Paris 1867.
MONTGOMERY. — Dublin med journal 1835.
*NELATON. — Pathologie chirurgic. t. IV.
NONAT. — Traité prat. des malad. de l'Utér. Paris 1860.
OLDHAM. — Guy's Hosp. Rep. London 1844 n. d'avril.
PAGET. — Lectures on Surgical Pathology. Edimburg 1862.
*PAJOT. — Annales de Gynécologie 1874.
PALETTA. — De Uteri polypis. Exercitat. pathol. 1820-1826.

- *PÉAN. — Leçons de chirurgie de St-Louis, 1887-1878. Paris, 1882.
- *PÉCOT. — In Archiv. génér. de Méd. 1837, t. XIV, p. 382.
- PLAYFAIR. — Obst. transact. London, 1875, p. 182.
- *POLAILLON. — Annales de Gynécologie, 1874, vol. I, p. 228.
- PORRO. — Bull. soc. méd. de Bologne, 1873.
- RADFORD. — Oldham's Guy's Hosp. Rep., 1844.
- RAMSBOTHAM. — Med. Times and Gazette, 1852, p. 537 et 1853.
- RICHARD. — Thèse de Paris, 1848.
- RINDFLEISCH. — Traité d'histoire pathologique trad. par Gross et Schmitt. Paris, 1888.
- ROUX. — Mémoire sur les polypes utérins. Paris, 1809.
- SACHTEBLER. — In Puchelt. Heidelberg, 1840.
- SAVIARD. — Cité par Levret, in Traité des malad. de l'Uter., 1771.
- SCANZONI. — Malad. des org. sex. de la femme. Trad. Dor et Socin, p. 228. Paris, 1858.
- SCHMITH (P). — Med. Times and Gaz. 1861.
- SCHOEDER. — Handbuch des Krank. der weibl. Geschlechtsorg. Leipzig, 1874. Trad. Lauers et Hertoghe. Bruxelles, 1886, p. 284.
- SEBILEAU. — Thèse de Paris, 1873.
- SIMPSON. — Cliniq. obstétr. et gynécol. trad. Chantreuil. Paris, 1874.
- SIMS (M). — Notes Cliniq. sur la chir. utérine. Paris, 1867.
- SINÉTY, (de) — Manuel de Gynécologie, 1880
- SIREDEV. — Maladies puerpérales. Paris, 1884.
- SNÉGUIREFF. — Hémmorhagies utérines. Trad. Warnier, 1886.
- STADFELDT. — Trad. par W. de Moore, in Dublin Quarterly Journal, nov. 1863.
- STOLTZ. — In Thèse de Roth. Strasbourg, 1844.
- STRATZ. — Annales de Gynécol., 1886, t. I, p. 394-463.
- *TARNIER. — Observ. inédite. In Thèse de Lambert. Paris, 1870, et Thèse de Paris, Agrég., 1860.
- *TRIPIER. — Leçons cliniques sur les malad. des femmes. Paris, 1883.
- *VELPEAU. — Traité d'accouch. Paris, 1835, et Méd. opérat. Paris, 1837.

- VALERIUS. — Gaz. méd. de Paris, 1862.
- *VAUTRIN. — Thèse d'agrég. Paris, 1886.
- VERNEUIL. — Bulletin de la société anatomique.
- *VIRCHOW. — Pathol. des tumeurs. Trad. Aronsohn, t. III, p. 317.
Paris, 1871.
- VOISIN. — Bulletin de la société anat. de Paris. Février 1865.
- *WEST. — Diseases of Women. Trad. Mauriac. Paris, 1880.
- WINKEL. — Die Pathol. der weiblichen Sexualorgane in Licht-
druck. Abbildungen nach der Natur in original grösse erläutert.
Leipzig, 1880.

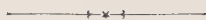


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PLAN.....	3
CHAPITRE PREMIER	
1 ^o Etude anatomique et physiologique des polypes pendant l'état de vacuité de l'utérus.....	5
2 ^o Influence de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité sur les polypes	13
CHAPITRE II	
1 ^o Influence des polypes sur la fécondation.....	22
2 ^o Influence des polypes sur la marche de la gros- sesse.....	24
CHAPITRE III	
1 ^o Influence des polypes sur le travail	34
2 ^o Influence des polypes sur la délivrance.....	44
CHAPITRE IV	
Influence des polypes sur les suites de couches	56
CHAPITRE V	
1 ^o Diagnostic.....	68
2 ^o Pronostic.....	72
CHAPITRE VI	
1 ^o Indication.....	74
2 ^o Traitement.....	78
CONCLUSIONS	84
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	85
TABLE DES MATIÈRES	91

